

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

CENTRUM ŠKOLSKÉHO MANAGEMENTU

Mgr. Bc. Josef Filip

**FINANCOVÁNÍ VZDĚLÁVÁNÍ ŽAKŮ
SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM
VE STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH**

**THE FINANCIAL EDUCATION MECHANISM OF
HANDICAPPED PUPILS AT SECONDARY SCHOOLS**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

Specializace v pedagogice

Studijní obor:

Management vzdělávání

Vedoucí diplomové práce:

Ing. Dagmar Krutská

Datum odevzdání práce:

11. 4. 2014

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci na téma Financování vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách vypracoval pod vedením vedoucího práce samostatně a citoval všechny použité prameny a literaturu. Dále prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasí s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

Datum 11. 4. 2014

.....
Mgr. Bc. Josef Filip

Poděkování

Rád bych touto cestou vyjádřil své poděkování ing. Dagmar Krutské za její odborné vedení, cenné připomínky, trpělivost a ochotu při vedení mé diplomové práce.

Datum 11. 4. 2014

.....
Mgr. Bc. Josef Filip

ABSTRAKT:

Diplomová práce se zabývá problematikou financování vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách. Cílem práce je vytvořit ucelený přehled o vzdělávání žáků se zdravotním postižením, porovnat a analyzovat normativní financování nejrozšířenějšího oboru vzdělání u těchto žáků podle krajů.

Teoretická část obsahuje národní vzdělávací koncepce a programy se zaměřením na handicapované žáky. Vedle podrobné charakteristiky jednotlivých druhů zdravotního postižení je zde také popsáno institucionální vzdělávání a normativní financování žáků s handicapem.

Ve výzkumné části jsou analyzovány výkazy MŠMT o žácích se zdravotním postižením. Tabulky a grafy obsahují údaje o žácích v České republice podle druhu postižení, o počtech žáků ve speciálních třídách a integrovaných žácích v letech 2007 – 2012. Nedílnou součástí výzkumu je přehled o vzdělávání žáků podle zřizovatelů škol. Na závěr výzkumu je podrobné porovnání normativního financování nejrozšířenějšího oboru vzdělání 65-51-E/01 Stravovací a ubytovací služby především pro žáky s mentálním postižením a žáky s vývojovými poruchami učení a chování.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Financování, integrace, krajský normativ, lehká mentální retardace, nepedagogický pracovník, odborné učiliště, pedagogický pracovník, vyučovací povinnost, vývojové poruchy učení a chování, zřizovatel, žák se zdravotním postižením.

ABSTRACT:

The thesis deals with problems of disabled pupils' education financing at secondary schools. Its aim is to create the integral survey about the disabled pupils' schooling, to compare and analyse normative financing of the most expanded educational specialization in accordance with regions. Theoretical part includes national educational concepts and programs directed at handicapped pupils. Besides detailed characterization of the health troubles' single types there are also described institutional schooling and normative financing of handicapped pupils. There are the analysed reports of MŠMT (Ministry of education and youth's psychical education) about handicapped pupils at the research part. Charts and graphs contain data of pupils in the Czech republic according to health trouble's type, number of pupils at special classrooms and of integrated pupils during 2007-2012. The inseparable component of the research there is survey of pupils' schooling in accordance with the schools' promoters. Conclusion is devoted to detailed comparison of normative financing of the most expanded educational specialization 65-51-E/01 Stravovací a ubytovací služby (The board and accommodational service) in the first place for mental disabled pupils and pupils suffering with developmental disorders of learning and behaviour.

KEY WORDS:

Financing, integration, region normative, mild mental retardation, non-pedagogical staff, special training institution, pedagogical staff, school time duty, developmental disorders of learning and behaviour, promoter, health disabled pupil.

OBSAH

Úvod	5
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1. Vymezení základních pojmů	8
2. Národní vzdělávací koncepce a programy	9
2.1 Národní program rozvoje vzdělávání	9
2.2 Národní plán vytvoření rovných příležitostí	10
2.3 Národní akční plán inkluzivního vzdělávání	12
3. Charakteristika žáků se zdravotním postižením	14
3.1 Žáci s mentálním postižením	14
3.2 Žáci s tělesným postižením	18
3.3 Žáci se zrakovým postižením	20
3.4 Žáci se sluchovým postižením	22
3.5 Žáci s vadami řeči	24
3.6 Žáci s více vadami	27
3.7 Žáci s autismem	29
3.8 Žáci s vývojovými poruchami učení a chování	33
4. Institucionální vzdělávání žáků se zdravotním postižením	36
5. Financování žáků se zdravotním postižením	38
5.1 Normativní financování	39
5.2 Reforma financování	42
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	46
6. Analýza výkazů o středních školách M 8 a krajských normativů	46
6.1 Metodologie výzkumu	47
6.2 Popis metody výzkumu	47
6.3 Žáci se zdravotním postižením ve středních školách v ČR	48
6.4 Žáci se zdravotním postižením ve speciálních třídách	50
6.5 Individuálně integrovaní žáci v běžných třídách	61
6.6 Žáci se zdravotním postižením ve středních školách podle zřizovatele ...	73
6.7 Analýza krajských normativů oboru vzdělání 65-51-E/01	98
Závěr	114
Seznam použité literatury a dalších pramenů	117

Úvod

Motto

„Není těžké milovat dítě zdravé a krásné, avšak jen velká láska se dovede sklonit k dítěti postiženému.“

prof. Rudolf Jedlička

Lidé se zdravotním postižením nejsou jiní než ostatní. Vytvoříme-li jim k tomu vhodné podmínky, jsou schopni rozvíjet vlastní osobnost a zařizovat si své věci i bez pomoci druhých. K těmto nejdůležitějším podmínkám ovšem patří dobré vzdělávání.

Tito lidé mají právo na odpovídající vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení. Žáci se zdravotním postižením mají také právo bezplatně užívat při vzdělávání speciální učebnice a speciální didaktické a kompenzační učební pomůcky poskytované školou.

Pro zajištění kvalitního vzdělání žáků se zdravotním postižením je nezbytně nutné zajistit dostatečné množství finančních prostředků. V současné době jsou školy financovány normativem na žáka. Těchto normativů je podle druhu a stupně školy velké množství. Finanční prostředky pro školy z větší části přerozdělují krajské úřady, které mají navíc vlastní normativy, stává se, že školy stejného zaměření dostávají v různých krajích odlišné finanční prostředky. Současné financování podle Ministerstva školství České republiky tak lze označit jako nepřehledné a neefektivní.

Tématem diplomové práce je „Financování vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách“. K výběru tohoto tématu mě vedla skutečnost, že již více než 25 let pracuji v oblasti vzdělávání žáků se zdravotním postižením. Znalosti v oblasti práva a ekonomiky ve vzdělávání handicapovaných jsou velice důležité pro řídící pracovníky speciálních škol. Z vlastní zkušenosti vím, že pracovníci krajských úřadů většinou nemají odpovídající znalosti a zkušenosti při vytváření krajských

normativů pro vzdělávání žáků se zdravotním postižením. Důvodem je relativně malý počet speciálních škol a speciálních tříd v krajích.

Při zpracování Diplomové práce jsem si stanovil 2 cíle a k tomu odpovídající hypotézy.

První cíl práce je vytvořit ucelený přehled o vzdělávání žáků se zdravotním postižením.

Hypotéza č 1.: Předpokládám, že je ve středních školách pro žáky se zdravotním postižením nejvíce žáků s mentálním postižením (lehkým mentálním postižením).

Hypotéza č. 2: Očekávám, že vývoj počtu žáků se zdravotním postižením ve speciálních třídách ve sledovaném období 2007 – 2012 bude klesající.

Hypotéza č 3.: Domnívám se, že nejvíce žáků s vývojovými poruchami učení bude individuálně integrováno v běžných třídách.

Hypotéza č. 4: Myslím si, že se nejvíce žáků se zdravotním postižením vzdělává na školách zřizovaných krajem.

Druhý cíl práce je porovnat a analyzovat podle krajů normativní financování nejrozšířenějšího oboru vzdělání pro handicapované žáky.

Hypotéza č. 5: Předpokládám, že nejrozšířenější obor vzdělání pro žáky se zdravotním postižením bude obor vzdělání kategorie E.

Hypotéza č. 6: Domnívám se, že se hodnoty jednotlivých krajských normativů od sebe budou značně lišit.

Hypotéza č. 7: Očekávám, že hodnoty příplatku za postižení, Np a No jednotlivé kraje určují rozdílně.

Teoretická část obsahuje národní vzdělávací koncepce a programy se zaměřením na handicapované žáky. Vedle podrobné charakteristiky jednotlivých druhů zdravotního postižení je zde také popsáno institucionální vzdělávání a normativní financování žáků s handicapem.

Ve výzkumné části jsou analyzovány výkazy MŠMT o žácích se zdravotním postižením. Tabulky a grafy obsahují údaje o žácích v České republice podle druhu

postižení, o počtech žáků ve speciálních třídách a integrovaných žácích v letech 2007 – 2012. Nedílnou součástí výzkumu je přehled o vzdělávání žáků podle zřizovatelů škol. Výzkum uzavírá podrobné porovnání normativního financování nejrozšířenějšího oboru vzdělání.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Vymezení základních pojmů

Žák se speciálními vzdělávacími potřebami

Pojem žák se speciálními vzdělávacími potřebami označuje ve smyslu školského zákona žáky se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.

Zdravotní postižení

Zdravotní postižení je pro účely školského zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.

Zdravotní znevýhodnění

Zdravotní znevýhodnění se rozumí dlouhodobá nemoc, zdravotní oslabení nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování (jedná se např. o epilepsii, diabetes, těžké astma, onemocnění ledvin, psychiatrické poruchy, onkologické onemocnění, metabolické vady apod.).

Sociální znevýhodnění

Sociální znevýhodnění se podle § 16 odst. 4 školského zákona rozumí rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, postavení azylanta a účastníka řízení o poskytnutí azylu.

Individuální integrace

Individuální integrací rozumíme vzdělávání žáka v běžné škole nebo ve škole samostatně zřízené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení. Ve třídě střední školy, která není určena pro žáky se zdravotním postižením, lze s přihlédnutím k rozsahu speciálních vzdělávacích potřeb integrovat nejvýše 5 žáků se zdravotním postižením.

Skupinová integrace

Skupinovou integrací rozumíme vzdělávání žáka ve třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve škole samostatně zřízené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení. Žák se zdravotním

postižením je přednostně vzděláván formou individuální integrace v běžné škole, pokud to odpovídá jeho potřebám a možnostem a podmínkám a možnostem školy.

2. Národní vzdělávací koncepce a programy

2.1 Národní program rozvoje vzdělávání

Mezinárodní iniciativy zaměřené na oblast péče o osoby se zdravotním postižením se výrazně projevovaly již od počátku 70. let, zejména v souvislosti s dodržování lidských práv a podněty OSN. V průběhu času se však pojetí handicapu a přístup k handicapovaným výrazně posouvaly – od původního úsilí o uplatňování lidských práv ve vztahu k těmto osobám až k pochopení toho, že nikoliv samo postižení, ale zejména překážky v okolí znemožňují většině osob se zdravotním postižením plné uplatnění v pracovním i společenském životě.

Národní program rozvoje vzdělávání v České republice – Bílá kniha klade důraz zejména na nutnost odstraňovat segregované vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a na úsilí o jejich integraci do běžného vzdělávacího proudu: Je třeba *„zásadně změnit tradiční koncept vzdělávání, přizpůsobit jeho obsah, formu a metody potřebám dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a sjednávat pro tuto změnu širokou společenskou podporu.“* Týká se to *„... jak fyzického přístupu ke vzdělávání (architektonická úprava budov včetně úpravy interiéru, vybavení škol kompenzačními pomůckami apod.), tak kvalitativních změn pedagogických a organizačních“*. Pak konstatuje se dále, *„je zisk oboustranný - pro integrované žáky i pro jejich spolužáky, kteří se přirozeným způsobem učí přijímat a chápat jinakost“*.

Zde je zřejmá přímá vazba k evropské strategii „odstraňování vnějších bariér“. Autoři Bílé knihy také zdůrazňují, že *„Integrace nemůže být masovou záležitostí, ale tam, kde si to rodiče přejí a škola dokáže zajistit podmínky ..., bude tento trend podporován. Předměty, které dítě zvládá ... se učí v rámci třídního kolektivu, ostatní individuálně nebo v malé skupině za pomoci speciálního pedagoga“*.

2.2 Národní plán vytvoření rovných příležitostí

Prvním přijatým vládním dokumentem byl Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům, který byl schválen v roce 1992 usnesením vlády ČR č. 466. Mezi jeho prioritní cíle patřilo zejména odstranění nejzávažnějších případů diskriminace a zahájení systémových změn v oblasti podpory občanů se zdravotním postižením.

Na tento dokument bezprostředně navázal Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení, který byl přijat v roce 1993 usnesením vlády ČR č. 493.

Třetím v pořadí se stal Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, který vláda ČR přijala v roce 1998 svým usnesením č. 256. Struktura tohoto plánu vycházela z mezinárodního dokumentu „Standardní pravidla vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením“, který byl schválen Valným shromážděním Organizace spojených národů v roce 1993.

Posledním dosud realizovaným je Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006-2009, který byl přijat v roce 2005 usnesením vlády ČR č. 1004.

Významnou událostí, která ovlivnila přípravu i podobu Národního plánu vytvoření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014, který byl schválen usnesením vlády České republiky ze dne 29. března 2010 č. 253, je skutečnost, že Česká republika v září 2009 ratifikovala Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením, kterou v prosinci 2006 schválilo Valné shromáždění Organizace spojených národů. Úmluva navazuje na sedm již existujících lidsko-právních úmluv OSN. Nezakládá žádná nová práva, pouze ukládá důsledné naplňování existujících lidských práv a svobod z hlediska osob se zdravotním postižením. Uznává jejich důstojnost a rovné postavení, právo na samostatnost a nezávislost, na svobodné rozhodování, podporuje zapojení osob se zdravotním postižením do všech politik, které se jich dotýkají. Za mimořádně důležité Úmluva pokládá zajištění přístupu zdravotně postižených k fyzickému, ekonomickému, sociálnímu a kulturnímu prostředí, ke

vzdělávání, k rehabilitaci, k informacím a komunikaci. Úmluva je založena na principu rovnoprávnosti, jejím cílem je chránit a zajistit rovný přístup k právům a svobodám pro osoby se zdravotním postižením a zajistit respektování jejich důstojnosti.

Základním cílem v oblasti vzdělávání pro období platnosti Národního plánu je uplatňování principu inkluzivního vzdělávání. V základním a středním stupni vzdělávání má každé dítě právo na vzdělávání ve škole hlavního vzdělávacího proudu v místě, kde žije.

S tímto cílem souvisí rovněž postupné přetváření stávajícího systému škol samostatně zřízených pro žáky se zdravotním postižením a rozšíření jejich působnosti směrem ke školám hlavního vzdělávacího proudu, kterým by nově měly poskytovat odborné, metodické, didaktické a technické zázemí.

V národním plánu je toto doporučení pro žáky s mentálním postižením *„zvláštní pozornost věnovat vzdělávání dětí, žáků a studentů s lehkým mentálním postižením s cílem odstranit dřívější takřka výlučné vzdělávání těchto žáků ve školách samostatně zřízených pro žáky se zdravotním postižením“*. Obecně se dá konstatovat, že u žáků s lehkým mentálním postižením je integrace do běžných škol velice problematická.

V další části národního plánu se uvádí *„v oblasti vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením pokračovat v systému inkluzivního vzdělávání. Forma vzdělávání musí být volena v souladu s nejlepším zájmem dítěte, žáka resp. studenta. Podporovat vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením v hlavním vzdělávacím proudu. Postupně rozšiřovat činnost škol a školských zařízení pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením o nabídku podpůrné péče a služeb včetně zajištění metodické pomoci pedagogům jiných škol a zákonných zástupců. Školy samostatně určené pro tyto skupiny žáků využívat zejména pro žáky s nejtěžšími stupni postižení. V maximální míře využívat nových technických a kompenzačních pomůcek a pokračovat v proškolení pedagogů v práci s těmito pomůckami a osvojování komunikačních nástrojů jednotlivých skupin osob se zdravotním postižením.“*

2.3 Národní akční plán inkluzivního vzdělávání

Základním cílem Národního akčního plánu inkluzivního vzdělávání je zvýšit míru inkluzivního pojetí vzdělávání v českém vzdělávacím systému. Národní akční plán Inkluzivního vzdělávání tak mimo jiné přispěje k naplnění mezinárodního závazku České republiky deklarovaného prostřednictvím ratifikace Úmluvy o právech osob s postižením (OSN, 2006), konkrétně pak čl. 24 – Vzdělávání, dle něhož „*státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají právo osob se zdravotním postižením na vzdělání*“, a to „*s cílem realizovat toto právo bez diskriminace a na základě rovných příležitostí, státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, zajistí inkluzivní vzdělávací systém na všech úrovních a celoživotní vzdělávání*“. Konečným cílem je pak působit preventivně proti sociální exkluzi jednotlivců i celých sociálních skupin a přispět k úspěšné integraci jedinců s postižením do společenských, politických a ekonomických aktivit občanské společnosti. Úkoly a opatření Národního akčního plánu inkluzivního vzdělávání svými dopady překračují rámec školství jako takového a jsou významným příspěvkem k rozvoji lidských zdrojů v České republice. Inkluzivní charakter českého školství ovlivní vzdělávací podmínky nejen v případě žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, ale týká se všech jeho účastníků. Postupná realizace úkolů vymezených v Národním akčním plánu inkluzivního vzdělávání tak přispěje ke zvýšení sociální koheze české společnosti v příštích letech.

V České republice dnes na úrovni sekundárního stupně vzdělávání existuje vysoce organizovaný, personálně, finančně a metodicky dobře saturovaný systém vzdělávání žáků ve školách samostatně zřízených pro některé skupiny žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Vzdělávací potřeby žáků se zdravotním postižením jsou dlouhodobě naplňovány převážně v prostředí speciálního vzdělávání. Přítomnost těchto žáků ve školách hlavního vzdělávacího proudu je méně častá.

Doposud nelze říci, že by byl pozorovatelný rozvoj systému integrovaného (inkluzivního) vzdělávání i přesto, že ve většině deklarovaných aktů (norem), které byly v uplynulém desetiletí přijímány, byl uváděn důraz na zvýšení inkluzivního charakteru českého školství. Ve skutečnosti se dosud do České republiky nepodařilo přenést obecně sdílené zkušenosti původních zemí Evropské unie, které obdobným procesem

otevírání škol hlavního vzdělávacího proudu příslušníkům minorit, zdravotně postiženým, sociálně znevýhodněným a dalším skupinám žáků prošly na konci minulého století. Česká republika stále patří mezi země, které příliš vysoké procento žáků vyčleňují z hlavního vzdělávacího proudu – do škol samostatně zřízených pro žáky se zdravotním postižením.

Závažnost řešení podmínek inkluzivního vzdělávání zdůrazňuje fakt, že jeho realizace na všech stupních vzdělávací soustavy zvyšuje četnost a variabilitu výběru povolání lidí s postižením a uplatněním na trhu práce.

O inkluzivitě českého školského systému jako celku i přístupnosti jednotlivých škol k žákům ze znevýhodněných skupin se doposud převážně jen hovořilo, ale realita zůstává v drtivé většině nezměněná. Důraz na prevenci sociálního vyloučení, nová antidiskriminační legislativa, zvyšující se občanské a právní vědomí značné části rodičovské veřejnosti a jejich organizací zvyšuje v současnost tlak na inkluzivitu školského systému jako celku, i na přístupnost jednotlivých škol k žákům ze znevýhodněných skupin. Stávající vzdělávací model, který jen pozvolna přijímá pro-inkluzivní opatření, však trpí závažnými organizačními, legislativními, personálními, ale i didakticko-metodickými nedostatky.

Zvyšuje se tak napětí na řadě stupňů vzdělávací soustavy i v orgánech veřejné správy, které ve stávajícím kompetenčním prostředí nemají dostatek možností reagovat na pozvolna se zvyšující poptávku veřejnosti po inkluzivním charakteru dané školy či školského zařízení.

3. Charakteristika žáků se zdravotním postižením

3.1 Žáci s mentálním postižením

Osoby s mentální retardací netvoří stejnorodou skupinu, odlišují se hloubkou postižení. Z tohoto důvodu je třeba se zabývat klasifikací mentální retardace.

Složitost definování mentální retardace se odráží i ve složitosti klasifikačních systémů. V praxi psychiatrie bylo již od minulého století sjednoceno celosvětové dělení oligofrenie na tři základní stupně: debilitu, imbecilitu a idiocii. Často se ale vymezení u jednotlivých autorů v oblasti teorie, ale i při použití v praxi, lišilo. Tuto nejednotnost se snažila vyřešit Světová zdravotnická organizace (WHO), která v roce 1968 v rámci 8. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti vymezila jednotlivé stupně oligofrenie pomocí IQ.

Od roku 1992 vstoupila v platnost 10. Revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10), opět zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která poněkud mění dříve užívanou klasifikaci. Touto klasifikací se ve své publikaci zabývá Iva Švarcová (2006).

Podle klasifikace (MKN – 10) se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií:

Lehká mentální retardace

Středně těžká mentální retardace

Těžká mentální retardace

Hluboká mentální retardace

Jiná mentální retardace

Nespecifikovaná mentální retardace

Podle Švarcové (2006) lze charakterizovat jednotlivé stupně mentální retardace následovně:

F70 Lehká mentální retardace – IQ 50 – 69

Do tří let lze sledovat jen lehké opoždění nebo zpomalení psychomotorického vývoje, nápadnější problémy nastávají mezi třetím a šestým rokem. Jsou to malá slovní zásoba, opožděný vývoj řeči a komunikačních dovedností, různé vady řeči, obsahová chudost, nedostatečná zvědavost a vynalézavost, stereotyp ve hře. Hlavní obtíže nastávají zejména v období školní docházky. Jedná se především o konkrétní mechanické myšlení, omezenou možnost logického myšlení, slabší paměť, vážne analýza a syntéza. Jemná a hrubá motorika je lehce opožděná. Porucha pohybové koordinace může během dospívání a dospělosti dosáhnout normy. Rozvoj sociálních dovedností je zpomalen. V sociálně nenáročném prostředí mohou být jedinci zcela bez problémů. Potíže mívají tam, kde je kladen důraz na vysoký stupeň sociálních vztahů. V oblasti emocionální a volní se projevuje afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost a zvýšená sugestibilita. Vzdělávání probíhá podle odpovídajících vzdělávacích programů. Možné je zvládnutí zejména oborů vzdělání kategorie E, výjimečně kategorie H nebo zaškolení v jednoduchých manuálních činnostech. Výchovné působení a rodinné prostředí mají velký význam pro socializaci, které jedinci s lehkou mentální retardací dosahují nejčastěji na úrovni adaptace.

Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 80 %. Lehká mentální retardace se vyskytuje asi u 2,5 % populace.

F71 Středně těžká mentální retardace – IQ 35 – 49

Rozvoj myšlení a řeči je výrazně opožděn a přetrvává až do dospělosti. Omezení psychických procesů je provázáno často epilepsií, neurologickými a tělesnými potížemi. Řeč je velmi jednoduchá, slovník obsahově velmi chudý, časté jsou dramatismy. U některých jedinců přetrvává pouze nonverbální komunikace. Vyskytuje se slabá schopnost komunikace a usuzování. Vývoj jemné a hrubé motoriky je zpomalen, trvale zůstává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů. Samostatnost v sebeobsluze je mnohdy pouze částečná. Jedinci jsou emocionálně labilní a nevyrovnaní, časté jsou afektivní nepřiměřené reakce. Vzdělání probíhá v praktické

škole jednoleté a dvouleté. Pro nejschopnější je možné jednoduché pracovní zařazení vesměs pod dohledem nebo v chráněném prostředí.

Výskyt v populaci jedinců s mentální retardací je asi 12%.

F72 Těžká mentální retardace – IQ 20 – 34

Psychomotorický vývoj je výrazně opožděn již v předškolním věku – značná pohybová neobratnost, dlouhodobé osvojování koordinace pohybů. Časté jsou motorické poruchy a příznaky celkového poškození CNS. Dlouhodobým tréninkem si jedinec může osvojit základní hygienické návyky a částečně i jiné činnosti týkající se sebeobsluhy. Někteří jedinci však nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. Značné omezení psychických procesů, nápadnosti v koncentraci pozornosti. Minimální rozvoj komunikativních dovedností, řeč je primitivní, omezena na jednoduchá slova nebo není vytvořena. Významné porušení afektivní sféry, nestálost nálad, impulzivita. Poznává blízké osoby. Potřebuje celoživotní péči. V horších případech omezena i možnost přijímat potravu běžným způsobem.

Výskyt v populaci jedinců s mentální retardací asi 7 %.

F73 Hluboká mentální retardace – IQ je nižší než 20

Téměř všichni takto postižení jedinci nejsou schopni sebeobsluhy, vyžadující péči ve všech základních životních úkonech. Motoricky jsou těžce omezení, nápadné jsou stereotypní automatické pohyby. Kombinace s postižením sluchu, zraku, těžkými neurologickými poruchami. Řeč není rozvinuta, komunikace nonverbální, bez smyslu. Nejvýše lze dosáhnout porozumění jednoduchým požadavkům. Okolí nepoznává. Totální porušení afektivní sféry, též sebepoškozování. Vesměs se nedožívají vyššího věku.

Tvoří 1% z populace jedinců s mentální retardací.

F78 Jiná mentální retardace

„Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození. U nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce postižených osob.“ (Švarcová, 2006, s. 36)

F79 Nespecifikovaná mentální retardace

Podle Švarcové (2006) se tato kategorie užívá v případech, kdy je mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací o tom, aby bylo možno zařadit jedince do některého z uvedených stupňů.

3.2 Žáci s tělesným postižením

Většina lidí si v souvislosti s pojmem tělesné postižení představí patrně někoho na vozíku nebo s berlemi v podpaží. Tělesný handicap ovšem souvisí s daleko širší škálou projevů a patří sem i dlouhodobá zdravotní oslabení, která nemusí být navenek vlastně téměř vůbec zjevná. Přesto mohou působit větší znevýhodnění, než bychom očekávali a tušili. Pozornost somatopedie si proto zaslouží ten, komu chybí třeba jenom palec na jedné ruce, stejně jako člověk s přerušenu páteří míchou upoutaný na ortopedický vozík nebo jedinec, u kterého se čas od času objeví epileptický záchvat různého stupně.

Klasifikace

S odvoláním na mezinárodní terminologii (WHO) bude termínem zdravotní postižení označovat dlouhodobé nebo trvalé omezení možností jedince vykonávat běžné činnosti každodenního života – to se vztahuje i na případy dlouhodobých onemocnění. Obvyklé krátkodobé onemocnění samozřejmě může zasáhnout do života člověka někdy také významně a intenzivně, ovšem po odeznění nebo úspěšném dokončení léčby se stav věcí vrací do normálu. Kritéria definice postižení (disability) v takovém případě nebudou naplněna.

Klasifikace tělesných postižení a zdravotních oslabení

- podle typu:

- postižení hybnosti
- dlouhodobá onemocnění
- zdravotní oslabení

- podle doby vzniku:

- vrozená (např. vrozené vady lebky; rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra, páteře; nevyvinutí končetin nebo jejich částí, DMO)
- získaná (např. deformity páteře; úrazy – zlomeniny, amputace; následky onemocnění – revmatismus, myopatie atd.)

- podle etiologie:

- tělesné odchylky a oslabení (vady páteře, luxace kloubů apod.)
- tělesné vývojové vady (vady lebky, rozštěpy, vady končetin apod.)

- úrazy (tělesná poškození různé závažnosti s dočasnými nebo trvalými následky – např. paraplegie v důsledku poranění páteře, amputace končetin atd.)
- následky nemocí (encefalitidy, žloutenky, TBC, lymfské borreliózy, nádorových onemocnění apod.)
- dětská mozková obrna (DMO – spastické i nespastické formy)
- dlouhodobá (chronická) onemocnění a zdravotní oslabení (alergie, astma, ekzematická onemocnění, oslabení imunity, onkologická onemocnění, epilepsie apod.)

Dětská mozková obrna (DMO, Cerebral Palsy – CP)

Jednou z nejčastějších příčin vrozeného tělesného postižení je bezesporu dětská mozková obrna. Jde o poruchu s velmi pestrými etiologií i širokou škálou projevů. Přibližně ve dvou třetinách případů se u jedinců s DMO vyskytuje také mentální handicap různého stupně, neřídka i další onemocnění a komplikace (epilepsie, smyslové vady, vývojová dysartrie apod.).

Základní klasifikace rozděluje formy DMO do dvou skupin – spastické (křečovitě) a nespastické. V případě spastických forem se svalstvo končetin křečovitě stahuje a oslabuje (diparéza – postižené jsou dolní končetiny; hemiparéza – postižené jsou obě končetiny na levé nebo pravé polovině těla; kvadruparéza – postiženy jsou všechny čtyři končetiny) nebo zcela ochrne (paraplegie, hemiplegie, kvadruplegie).

Mezi nespastické typy DMO patří forma atetoidní (dyskinetická) charakteristická mimo jiné pomalými (zpravidla krouživými) pohyby a vzácnější forma ataktická, která se vyznačuje poruchami rovnováhy a celkově špatnou pohybovou koordinací. Možné jsou kombinace spastických a nespastických forem – tedy smíšené typy tohoto postižení.

Uvedená klasifikace je pouze přehledová, v rámci syndromu DMO bývá definována řada specifických kategorií a typů, které nejsou uváděny jednotným způsobem.

3.3 Žáci se zrakovým postižením

Za osobu se zrakovým postižením (z pohledu tyflopédie) považujeme toho jedince, který i po optimální korekci (medikamentózní, chirurgické, brýlové apod.) má v běžném životě problémy se získáváním a zpracováním informací zrakovou cestou (např. čtení černotisku, zraková orientace v prostoru atd.)

Klasifikace

Zrakové vady a postižení můžeme samozřejmě rozdělovat do mnoha kategorií podle různých kritérií. Protože žádná klasifikace nedokáže dostatečně charakterizovat všechny okolnosti a projevy zrakového postižení, většinou se různé klasifikační přístupy doplňují (Ludvíková, 2003).

Klasifikace zrakových vad

- podle postižení zrakových funkcí:

- snížení zrakové ostrosti
- omezení zorného pole
- poruchy barvocitu
- poruchy akomodace (refrakční vady)
- poruchy zrakové adaptace
- poruchy okohybné aktivity
- poruchy hloubkového (3D) vidění

- podle stupně zrakového postižení:

- slabozrakost
- zbytky zraku
- nevidomost

- podle doby vzniku:

- vrozené
- získané

- podle etiologie:

- orgánové (např. vady čočky nebo sítnice)
- funkční (poruchy binokulárního vidění, např. tupozrakost, strabismus)

Představené možnosti klasifikace zrakových vad a poruch vycházejí z různorodých hodnotících kritérií a pouze při využití většího množství hodnotících přístupů je možné situaci člověka se zrakovým postižením komplexně zachytit. Klinickou kategorizaci zrakových vad obsahuje 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), ze speciálně pedagogického hlediska /61/ je ovšem důležité identifikovat jednotlivé stupně postižení zraku ve spojení s mírou zachovaných zrakových schopností při nejlepší možné korekci (míru zrakové ostrosti vyjadřuje hodnota tzv. vizu – např. při hodnotě vizu 6/60 je postižené oko schopno vidět cca 6 m co nepostižené oko vidí na vzdálenost 60 m.

Klasifikace zrakového postižení podle WHO (zdroj: SONS)

1. střední slabozrakost: zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) – minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10-1/10, kategorie zrakového postižení 1
2. silná slabozrakost: zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) – minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10-10/20, kategorie zrakového postižení 2
3. těžce slabý zrak:
 - a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,50)-minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20-1/50, kategorie zrakového postižení 3
 - b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů
4. praktická nevidomost: zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (2,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4
5. úplná nevidomost: ztráta zraku zahrnující stavy naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5

Uvedená kategorizace nepostihuje celou rozmanitou škálu zrakových postižení, je tedy spíše kompromisem mezi medicínským a speciálně pedagogickým přístupem a obvykleji doplňují další pohledy a zpřesňují definice (Valenta, 2003).

3.4 Žáci se sluchovým postižením

Pokud bychom jako slyšící ztratili sluch, přijdeme v okamžiku o přísun až 60% informací, což je újma relativně nižší než v případě ztráty zraku, ve skutečnosti by to však nepředstavovalo o mnoho snazší situaci. Lidé od narození neslyšící nebo těžce sluchově postižení mají sice rozvinuté určité kompenzační schopnosti, sluchový handicap dopadá na jejich život podstatně výrazněji, než by se mohlo zdát; vytváří totiž:

- komunikační bariéru (narušený vývoj řeči, omezená schopnost porozumění ostatním),
- deficit v orientačních schopnostech (člověk se nemůže sluchem doplňovat zrakovou orientaci, jeho orientace v prostoru se omezuje prakticky na rámec zorného pole),
- psychickou zátěž (život ve „vězení ticha“)
- omezení sítě sociálních vztahů (především vzhledem k problémům v komunikaci),
- negativní vliv na vývoj myšlení, které vychází z řeči (přemýšlíme totiž vždy v pojmech a pro rozvoj myšlení je velmi důležitá vnitřní řeč, která se u jedinců od narození neslyšících prakticky nevyvíjí).

Klasifikace

Sluchové vady a poruchy mohou vycházet z organického poškození nebo funkčního porušení kterékoliv části sluchového ústrojí. V periferní části tedy může být zasaženo vnější ucho (ušní boltec, zvukovod), střední ucho (bubínek, sluchové kůstky, Eustachova trubice) nebo vnitřní ucho (rovnovážné ústrojí – labyrint a hlemýžď, tzv. kochlea). Vady a poruchy centrální části pak postihují sluchový nerv, resp. mozková centra ve spánkovém laloku (Weraickovo senzorické centrum sluchu a Broccovo motorické centrum řeči).

Klasifikace sluchových postižení se může opírat o několik kritérií, kterými jsou zejména doba vzniku vady (poruchy), intenzita sluchové ztráty a také typ konkrétní vady (poruchy) vázaný zpravidla právě na poškození určité části sluchového ústrojí.

Klasifikace sluchového postižení

- podle typu:

- převodní vady (vady vnějšího a středního ucha - jedinec špatně slyší, jde o kvantitativní postižení sluchu)
 - percepční vady (vady vnitřního ucha a CNS - jedinec špatně rozumí, jde o kvalitativní postižení sluchu)
 - smíšené vady
- podle stupně (intenzity) sluchové ztráty:
- nedoslýchaví - lehce (sluchová ztráta 26-40 dB)
 - středně (sluchová ztráta 41-55dB)
 - středně těžce (sluchová ztráta 56-70 dB)
 - těžce (sluchová ztráta 71-91dB)
 - neslyšící
 - ohluchlí
- podle doby vzniku:
- vrozené postižení
 - získané postižení (prelingvální nebo postlingvální sluchová ztráta)
- podle etiologie:
- orgánové postižení
 - funkční postižení

3.5 Žáci s vadami řeči

Narušená komunikační schopnost se tedy netýká pouze mluvené řeči, zahrnuje také její grafickou formu, mimoverbální prostředky, a dokonce i netradiční komunikační kanály. Mluvená řeč je ovšem nejpoužívanějším dorozumívacím prostředkem v sociálním prostředí naší společnosti, a proto jsou vady a poruchy řeči dominantní logopedické oblasti. Někteří autoři např. (Peutelschmiedová, 2009) zahrnují do logopedické oblasti i tematiku specifických poruch učení, které rozhodně nejsou narušené komunikační schopnosti vzdáleny, ovšem zaslouží si nepochybně z mnoha důvodů diferencovaný odborný přístup a individuální pozornost.

Základním předpokladem pro komunikaci mluvenou řečí je dobré sluchové vnímání, správná funkce mozkových řečových center a nervových drah, funkční motorika mluvidel a dostatečná kapacita inteligence. Součástí mluvidel jsou přitom dýchací (respirační) orgány, hlasové (fonační) ústrojí a nakonec orgány artikulační (ústní dutina, jazyk, zuby, nosní dutina a hltan).

Klasifikace

1) Centrální vady a poruchy

- vývojová dysfázie – opožděný vývoj řeči s výrazně narušenou schopností sluchového rozlišování, vnímání a chápání řeči, stavby vět a výraznými agramatismy (má většinou dobrou prognózu vývoje a nápravy)
- afrázie – narušení již vyvinuté schopnosti porozumění a produkce řeči zpravidla po organickém poškození levé mozkové hemisféry (nejčastěji u dospělých osob po cévní mozkové příhodě, úrazu hlavy, nádorech mozku apod.)
- breptavost (tumultus sermonis) – enormně rychlá, artikulačně nedbalá, a proto špatně srozumitelná řeč (porucha tempa řeči) – bývá spojena s drobným organickým poškozením mozku (podle nálezu EEG)
- koktavost – porucha plynulosti řeči, patrná především v dialogu, projevující se tonickými (špinavými) konickými (škubavými) nebo smíšenými (tonoklonickými) křečemi svalstva mluvních orgánů; může být doprovázena koverbáními projevy v chování (souhyby – např. tiky, záškuby; součiny – složitější uvolňovací pohyby nebo úkony před vlastním mluvním projevem);

dříve byla řazena mezi neurotické poruchy, podle nejnovějších výzkumů sehrává v této poruše plynulosti řeči roli patně i drobné organické poškození mozku

2) neurotické vady a poruchy

- mutismus – příčinou bývá např. psychické trauma, k terapii je nezbytná psychologická pomoc
- elektivní mutismus – výběrová nemluvnost vůči konkrétní osobě (otec, matka, učitel, ...), resp. v určité situaci nebo prostředí (např. škola); příčinou jsou často nevhodné výchovné přístupy k dítěti; po odeznění negativních faktorů je prognóza velmi dobrá
- surdomutismus – neurotická ztráta řeči spojená s útlumem slyšení řeči, s projevy nápadně živé schopnosti odezírat řeč podle mimiky a úst mluvícího a to na bázi nevědomého slyšení

3) vady mluvidel

- huhňavost (rhinolalia) – patologicky snížená rezonance hlasité řeči buď vlivem překážky v nose nebo nosohltanu (zavřená huhňavost - porušena je např. kvalita výslovnosti hlásek m, n, které znějí jako b, d'), nebo v důsledku poruchy patrohltanového uzávěru (otevřená huhňavost – hlásky jsou vyslovovány s „nosovým“ přízvukem)
- palatolálie - porucha výslovnosti rozštěpu (patologická výslovnost v důsledku rozštěpových změn na mluvicích orgánech); po operativní léčbě rozštěpu má dítě dobrou prognózu nápravy

4) poruchy artikulace

- dyslálie – patologická forma výslovnosti některých souhlásek, resp. jejich nahrazování jinými hláskami (paralálie) nebo vynechání hlásek (mogilálie); jednotlivé typy dyslálie se označují podle písmen řecké abecedy (např. sigmatismus – patologická výslovnost sykavek, rotacismus-patologická výslovnost „r“ atd.)
- dysartrie – celková porucha artikulace (doprovází např. DMO, Parkinsonovu nemoc atd.), postiženy jsou řečové funkce, ne přímo fatická mozková centra

5) poruchy hlasu

- chraptivost (dysfonie) – porucha způsobená zpravidla patologickými změnami na hlasivkách

- mutace – nejčastěji jako fyziologická změna provázející změnu hlasového rejstříku při dynamickém vývoji hlasových orgánů v období puberty

6) symptomatické vady a poruchy

vady a poruchy řeči způsobené jiným primárním postižením (např. nedoslýchavostí, mentálním postižením)

3.6 Žáci s více vadami

Ačkoliv teoreticky popisujeme a klasifikujeme jednotlivé druhy postižení zvlášť, v praxi se můžeme často setkat s kombinací dvou a více různých vad nebo poruch u jediného člověka. Kombinace několika druhů postižení bývají často zapříčiněny genetickými anomáliemi a někdy se projevují formou mnoha příznaků – tedy syndromů (Downův syndrom, Turnerův syndrom, Edwardsův syndrom, Patův syndrom atd.). Primární postižení bývá v některých případech velmi obtížné stanovit. Přestože není vyloučena prakticky žádná kombinace různých vad, některé se vyskytují častěji, jiné pouze výjimečně. V této kapitole připomeneme nejvíce frekventované možnosti.

Kombinace s mentálním postižením

Mezi relativně často se vyskytující patří kombinace mentálního postižení s tělesnými, případně smyslovými vadami. Prakticky vždy se u jedinců s mentální retardací vyskytuje také narušená komunikační schopnost zapříčiněná symptomatickými vadami řeči.

Mentální postižení se vyskytuje společně s tělesným handicapem nejčastěji u dětské mozkové obrny (DMO). Tuto kombinaci provází většinou i další poruchy, jako je třeba dysartrie – vada řeči, která se projevuje problémy s ovládním artikulačních orgánů, a tedy hůře srozumitelným řečovým projevem. Míra mentálního deficitu může být různá a přibližně ve 20% případů DMO se mentální handicap nevyskytuje vůbec.

Podobné zastoupení kombinace s mentální retardací nacházíme také v případě diagnózy autismus.

Mentální postižení se může vyskytnout také v kombinaci se smyslovými vadami; ve vyšším množství se vyskytuje např. kombinace mentálního postižení a smyslových vad u jedinců s Downovým syndromem (Janicki; Prasher, 2002). V takových případech jsou zatížené i možnosti kompenzace smyslového deficitu, protože takto mentálně handicapovaný člověk má snížené rozumové schopnosti a omezené schopnosti učit se,

tedy i osvojit se složitější komunikační systémy (např. Brailleovo písmo nebo znakový jazyk).

Hluchoslepota

pozoruhodnou kombinací je současný výskyt zrakové a sluchové vady, který je dnes už definován jako samostatně vymezený a zcela specifický druh postižení zvaný hluchoslepota. Hluchoslepi lidé nebývají zcela nevidomí a současně neslyšící, vyskytuje se u nich kombinace zrakového a sluchového postižení různých stupňů. Z tohoto důvodu mají zcela výjimečné problémy a potřebují zvláštní přístup jak v interpersonální komunikaci, tak např. ve vzdělávání. Je pro ně totiž daleko obtížnější nahradit omezenou funkci zraku nebo sluchu, když je podobně omezen i druhý ze smyslů, který by jinak mohli využívat jako nejdůležitější způsob kompenzace (pro sluchově handicapovaného jedince zrak, pro zrakově postiženého člověka sluch). Kromě komunikace běžnou řečí je v tomto případě často omezena i možnost dorozumívání prostřednictvím znakového jazyka. Někdy zůstává jediným plně funkčním kompenzačním smyslem vhodným pro komunikaci hmat.

Hluchoslepota je jedinečné postižení, vzniklé kombinací zrakové a sluchové vady, které způsobuje potíže v přístupu informací, komunikaci a mobilitě.

3.7 Žáci s autismem

Autismus patří mezi pervazivní vývojové poruchy (PDD), nověji se užívá termín poruchy autistického spektra (PAS) k popisu celé skupiny příbuzných poruch. Znamená to, že vývoj jedince probíhá odlišným způsobem od jedince zdravého, tato porucha zasahuje všechny složky osobnosti jedince. Slovo autismus je automaticky spojováno se symptomem uzavřenosti, pochází z řeckého slova autos = sám.

Podle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí mezi pervazivní vývojové poruch (F84) patří:

F84.0 Dětský autismus

F84.1 Atypický autismus

F84.2 Rettův syndrom

F84.3 Jiná dezintegrační porucha v dětství

F84.4 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

F84.5 Aspergerův syndrom

F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy

F84.9 Pervazivní vývojová porucha, nespecifikovaná (Hrdlička, Komárek 2004)

F84.0 Dětský autismus

Doposud zmíněné obecné charakteristiky autismu se týkaly klasické varianty tohoto postižení, tedy Dětského autismu F 84,0 (též Kannerův syndrom, autistická porucha, infantilní autismus, infantilní psychóza).

F84.1 Atypický autismus

Tuto diagnózu použijeme, jestliže porucha nesplňuje kritéria pro dětský autismus. Liší se od dětského autismu tím, že doba vzniku je po dosažení tří let věku dítěte nebo nenaplněním všech tří sad diagnostických kritérií. Chybějí poruchy jedné či dvou ze tří oblastí psychopatologie požadované pro diagnózu autismu /postižení vzájemné sociální interakce, komunikace a představitosti), přestože existují charakteristické abnormality v jiných oblastech (Vítková 2004).

F84.2 Rettův syndrom

Poprvé byl popsán Dr. Andreasem Rettem v roce 1965, vyskytuje se pouze u žen. Jedná se o neurologické postižení. Jeho prevalence je popisována 6-7/100 000 dívek. Příčina syndromu je genetická, zcela nedávno byl lokalizován gen odpovídající za vznik poruchy na distálním dlouhém raménku X chromozomu. V době po 18. měsíci nastává období stagnace a regrese, během kterého dítě ztrácí všechny nabyté dovednosti – jak pohybové, tak jazykové a poznávací, společně se zpomalením růstů hlavy. Zvláště charakteristická je ztráta funkčních pohybů ruky. Klinický obraz doplňují krouživé, svíravé či tleskové pohyby rukou, jakoby „mluvící pohyby“, nedostatečné žvýkání, časté nadměrné slinění s vyplazováním jazyka. Může se vyskytnout nepravidelné dýchání, v průběhu dětství dochází k vybočení páteře (skolióza nebo kyfoskolióza), později se vyvine rigidní spasticita (více na dolních končetinách). Téměř u všech dívek se objevují epileptické záchvaty – obvykle malého typu, které začínají většinou před osmým rokem života.

Hluboká mentální retardace doprovází skoro všechny případy. Typická je u těchto dětí neschopnost pohybu a abnormální chůze, přesto velké rozdíly jsou v projevech, tak v hloubce postižení. Rovněž typickým znakem je „sociální úsměv“ a malá hlava. Rettův syndrom je progresivní choroba. Projevy Rettova syndromu jsou často velmi těžké a jedinci končí na invalidním vozíku nebo upoutání na lůžko.

F84.3 Jiná dezintegrační porucha v dětství

Pro tuto poruchu je charakteristické počáteční období normálního, nenápadného vývoje do dvou let věku dítěte. Teprve poté nastává zlom. V několika málo měsících dochází ke ztrátě dosažených dovedností, ochuzení nebo ztrátě jazyka, změně chování, celkově ztrátě zájmu o okolí, poruše ovládání vyměšování. Postižení zůstávají těžce mentálně postižení. Lze užívat označení Hellerův syndrom.

F84.4 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

Tato kategorie zahrnuje skupinu dětí s těžkou mentální retardací (IQ pod 35) s velkými problémy s hyperaktivitou a pozorností, ale také stereotypním chováním.

V dospělosti bývá hyperaktivita nahrazena hypoaktivitou. Objevuje se opoždění vývoje, DSM-IV tuto poruchu nevymezuje.

F84.5 Aspergerův syndrom

Tento typ vývojové poruchy popsal už v roce 1944 Hans Asperger (vídeňský psychiatr). Sociální abnormality nejsou u tohoto syndromu tak výrazné jako u autismu. Základním znakem této poruchy je egocentrismus, provázený malou nebo žádnou schopností či snahou po kontaktu s vrstevníky. Typické jsou zvláštní zájmy obsesivního charakteru. Z praxe můžeme uvést zájem dětí o dinosaury, matematiku, astronomii, studování jízdních řádů, telefonních seznamů, sledování určitých televizních pořadů apod. Dávají přednost osamělým aktivitám a komunikují zvláštním způsobem, je pro ně typické detailní vyjadřování, kdy touží komunikovat pouze o předmětu svého zájmu. Mají velkou slovní zásobu, znají nazpaměť nejrůznější předpisy či definice a udivují přesnou a detailní odbornou terminologií, ale na druhou stranu nedovedou definovat význam některých slov, ani je používat správně ve větě. Jejich řeč má podivnou intonaci, tempo je zrychlené či zpomalené. Hlasový projev může být abnormální (příliš silný, skřípavý), přednes monotónní. Sociální naivita, důsledná pravdomluvnost, šokující poznámky, se kterými se děti nebo dospělí obrací na neznámé osoby, patří rovněž k charakteristickým projevům Aspergerova syndromu a bývají překážkou začlenění postiženého do společnosti (Jelínková 2004). Více postižena bývá motorika, jedinci jsou motoricky neobratní, mají problémy naučit se jezdit na kole, plavat, bruslit, lyžovat (Vítková 2004). Intelekt zachován, někdy je nadprůměrný.

Zvláště v zahraničí se můžeme setkat s dalším dělením autismu:

Vysoce funkční autismus: Jsou to jedinci, kteří mají inteligenci v normě, minimální hodnota IQ je tedy 70. Mají normální nebo lehce narušenou komunikační schopnost. Nejčastěji se jedná děti s Aspergerovým syndromem. Z celkového počtu dětí s poruchou autistického spektra se udává vysokofunkčních autistů asi 11-34%. Tyto děti jsou schopny dobré integrace do společnosti, podmínkou je vytváření vhodného prostředí a dítě se tak může vzdělávat i na běžné škole formou integrace.

Středně funkční autismus: Zahrnuje jedince s lehkým nebo středně těžkým mentálním postižením a více narušenou řečovou složkou. Projevuje se více stereotypie.

Nízko funkční autismus: Je připisován jedincům nejvíce mentálně postiženým, tzn. S těžkým až hlubokým mentálním postižením, s nerozvinutou řečí, málo navazující sociální kontakt, převládají stereotypní a repetitivní příznaky.

3.8 Žáci s vývojovými poruchami učení a chování

Poruchy učení jsou nejčastějším druhem znevýhodnění, které zařadí dítě do kategorie integrovaných žáků resp. žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Protože samotné poruchy učení nejsou charakteristicky spojeny s viditelným stigmatizujícím projevem ve vzhledu nebo v chování a v minulosti byly rozpoznávány relativně zřídka, leckdo dodnes pochybuje o jejich existenci, a dokonce i někteří učitelé považují diagnózu poruch učení stále jenom za jakýsi moderní fenomén, který dříve či později vymizí.

Pojem poruchy učení je souhrnným označením různorodých skupin poruch, které se projevují nejčastěji obtížemi při nabývání a užívání zejména tzv. školních dovedností (čtení, psaní, počítání atd.) u jedinců s alespoň průměrnou úrovní intelektu.

Klasifikace

Poruchy učení lze diferencovat a klasifikovat podle několika různých kritérií. Nejznámější a nejčastěji používané je dělení podle postižených školních dovedností; názvy jednotlivých poruch jsou pak odvozeny s řeckých pojmů s předponou dys-, která označujeme termínem dyslexie, porucha psaní je dysgrafie atd.). Protože ani poruchy v jednotlivých oblastech školních dovedností nejsou homogenní, můžeme dále rozlišovat např. mezi dyslexií fonematickou (narušená schopnost zvládat hláskový systém jazyka), optickou (porucha zrakové a prostorové analýzy), agramatickou (obtíže v osvojování gramatických forem) nebo sémantickou (obtíže v chápání čteného textu).

Dyslexie – specifická vývojová porucha čtení, při níž se jedinec potýká s problémy s rozpoznáváním a zapamatováním se jednotlivých písmen, zvláště pak s rozlišováním písmen tvarově podobných; má potíže s rychlostí čtení, správností čtení a s porozuměním čtenému textu; často se vyskytuje tzv. dvojí čtení (tiché předčítání slova před jeho vyslovením)

Dysgrafie – specifická porucha psaní postihující písemný projev, který bývá nečitelný a neuspořádaný; dítě si nepamatuje tvary písmen, zaměňuje tvarově podobná písmena, píše pomalu a s námahou

Dysortografie – specifická porucha pravopisu, která se projevuje tzv. specifickými chybami v pravopisu (např. narušená schopnost rozlišování měkkých a tvrdých slabik nebo sykavek); vyskytuje se často v kombinaci s dyslexií a dysgrafií

Dyspraxie – specifická vývojová porucha obratnosti, která se projevuje nejvíce při činnostech náročných na pohybovou rychlost a koordinaci (např. při hrách, sportu, manuálních činnostech apod.)

Dysmúzie – specifická vývojová porucha postihující schopnost vnímání a reprodukce hudby; jedinec má problémy v rozlišení tónů, nepamatuje si melodii, není schopen reprodukovat rytmus

Dyskalkulie – specifická porucha matematických schopností, která postihuje operace s čísly, matematické představy, prostorové představy apod.

Dyspinxie – specifická vývojová porucha kreslení, která je charakteristická nízkou úrovní kresby, potížemi s kombinováním barev apod.

Zda jde o skutečně objektivně definovatelný druh znevýhodnění, vyplývá z mezinárodní klasifikace poruch učení podle WHO (MKN-10), kde najdeme následující kategorie vývojových poruch školních dovedností:

- specifická porucha čtení (F81.0)
- specifická porucha psaní a výslovnosti (F81.1)
- specifická porucha počítání (F81.2)
- smíšená porucha školních dovedností (F81.3)
- jiná vývojová porucha školních dovedností (F81.8)
- vývojová porucha školních dovedností, NS (F81.9).

Lehká mozková dysfunkce a syndromy ADD a ADHD

Drobné organické poškození mozku bylo dříve označováno jako lehká dětská encefalopatie (LDE). Patologické změny jsou ale v tomto případě skutečně minimální, takže se projevují spíše určitými dysfunkcemi než závažnými symptomy (název může evokovat mylnou představu jakéhosi poškození mozkových buněk, ačkoliv ve skutečnosti problém spočívá v narušeném přenosu vzruchů a informací).

Lehká mozková dysfunkce (LMD) je označení pro řadu projevů dítěte na bázi strukturálních změn CNS, jež se odchyľují od běžné formy. Jeví se tak jako nezvyklé, nápadné a zvláštní (nápadně nerovnoměrný vývoj intelektových schopností, nápadnosti

a poruchy v dynamice psychických procesů, hyperaktivita, nesoustředěnost, malá vytrvalost, impulzivita, překotnost, výkyvy nálad a duševní výkonnosti, tělesná neobratnost, poruchy vnímání apod.)

V současnosti se pro potíže spojené s lehkou mozkovou dysfunkcí užívá několika dalších názvů, které souvisí spíše s projevy těchto poruch než s jejich příčinami; setkáváme se proto častěji se zkratkami ADD (Attention Deficit Disorders-syndrom poruchy pozornosti) nebo ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorders-syndrom narušené pozornosti spojené s hyperaktivitou). Právě s těmito syndromy bývají nejčastěji spojeny specifické poruchy učení, protože narušená pozornost a schopnost soustředění mají při osvojování si základních školních dovedností zásadní vliv. Syndrom ADHD je charakteristický navíc specifickou poruchou chování, která vyplývá z hyperaktivních projevů (Train, 2001).

4. Institucionální vzdělávání žáků se zdravotním postižením

Podle aktuálně platného zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném vzdělání a jiném vzdělání ve znění pozdějších předpisů (tzv. školský zákon) bychom měli upřednostňovat vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ve standardním školním prostředí. Speciální školy sice nezanikly, ale staly se z nich školy se vzdělávacím programem zaměřeným na vzdělávání žáků s konkrétním druhem postižení; tyto školy jsou v současnosti alternativou určenou zejména pro žáky a studenty s těžkými formami postižení, u kterých je z různých důvodů individuální integrace do běžných škol mimořádně obtížná, a v některých případech prakticky i nereálná.

Detaily týkající se vzdělávání znevýhodněných žáků ošetřuje vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, kde jsou uvedena mimo jiné i pravidla pro vypracování individuálního vzdělávacího plánu (tedy závazného dokumentu nezbytného pro integrované vzdělávání handicapovaného žáka nebo studenta v běžné škole) a také základní informace týkající se činnosti asistenta pedagoga. Bez těchto a dalších podpůrných opatření bychom v mnoha případech vůbec nemohli uvažovat o inkluzivních postupech při začleňování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol.

Úspěšnost integrace ve vzdělávání je ovlivněna řadou faktorů. Velkou roli zde hrají kromě jiného:

- prostředí školy (bezbariérovost přístupu, vstřícné klima atd.);
- postoje a kompetence učitelů ke vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami;
- spolupráce se školskými poradenskými zařízeními (pedagogicko-psychologickými poradnami, speciálně pedagogickými centry);
- přijetí ze strany učitelů, spolužáků a jejich rodičů atd.;
- míra a kvalita speciální podpory (pomůcky, asistent pedagoga);
- dominující pohledy na školskou integraci ve společnosti i v místní komunitě.

S integrovaným vzděláváním handicapovaných žáků samozřejmě počítají i rámcové vzdělávací programy a přístup ke vzdělávání těchto žáků na konkrétních školách musí být rozpracován v jejich školských vzdělávacích programech; pro integrované vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením je zpracována samostatná příloha rámcového vzdělávacího programu a postupně vznikají jednotlivé varianty rámcových vzdělávacích programů pro speciální vzdělávání žáků s těžkými formami postižení. Pro každého žáka se speciálními vzdělávacími potřebami pak musí škola vytvořit ve spolupráci se školským poradenským zařízením (pedagogicko-psychologickou poradnou nebo speciálně pedagogickým centrem) a rodiči žáka odpovídající individuální vzdělávací plán.

5. Financování žáků se zdravotním postižením

Na základě zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (dále jen školský zákon), v platném znění, § 160 odst. 1 písmeno c) a d) rozepisuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (dále jen MŠMT) finanční prostředky na přímé výdaje ze státního rozpočtu pro jednotlivé kraje k financování škol a školských zařízení (dále jen školy) zřizovaných kraji, obcemi nebo svazky obcí.

Finanční prostředky přímých výdajů ve smyslu výše uvedeného zákona jsou určeny na platy, náhrady platů, nebo mzdy a náhrady mezd, na odměny za pracovní pohotovost, odměny za práci vykonávanou na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr a odstupné, na výdaje na úhradu pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a na úhradu pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, na přiděly do fondu kulturních a sociálních potřeb a ostatní náklady vyplývající z pracovně právních vztahů, na výdaje podle § 184 odst. 1 a 2 (náklady na konání závěrečných a maturitních zkoušek), výdaje na nezbytné zvýšení nákladů spojených s výukou žáků zdravotně postižených, výdaje na učební pomůcky, výdaje na školní potřeby a na učebnice, pokud jsou podle tohoto zákona poskytovány bezplatně, a rovněž výdaje na další vzdělávání pedagogických pracovníků a na činnosti, které přímo souvisejí s rozvojem škol a kvalitou vzdělávání.

Finanční prostředky může škola použít také tehdy, zajišťuje-li v souladu se školským zákonem a rámcovým vzdělávacím programem povinnou součást vzdělávání žáků u jiné fyzické nebo právnické osoby. Tyto prostředky lze použít na úhradu ceny za služby poskytované jinou fyzickou nebo právnickou osobou nebo na náhradu nákladů, které jiné fyzické nebo právnické osobě prokazatelně a nutně vznikají výhradně za účelem uskutečňování praktického vyučování. Definováno v zákoně č. 49/2009 v § 160, odst. 2 a 3, který změnil školský zákon.

5.1 Normativní financování

Republikové normativy (dále jen RN) představují podle školského zákona základní nástroj pro rozpis finančních prostředků vyčleněných v rozpočtu MŠMT pro RgŠ územně samosprávných celků do rozpočtů jednotlivých krajů. Objem finančních prostředků MŠMT stanovuje krajům na základě počtu žáků v jednotlivých věkových kategoriích a na základě republikových normativů.

RN podle § 161 školského zákona stanovuje MŠMT jako výši výdajů připadajících na vzdělávání a školské služby pro jedno dítě, žáka nebo studenta příslušné věkové kategorie v oblasti předškolního, základního, středního a vyššího odborného vzdělávání ve školách a školských zařízeních zřizovaných kraji, obcemi a svazky obcí na kalendářní rok. Výši výdajů se zde míní celková výše neinvestičních výdajů poskytovaných ze státního rozpočtu podle § 160 odst. 1 písm. c) a d) školského zákona, členěných na mzdové prostředky (dále jen MP) + odvody a na ONIV. Součástí republikových normativů je také vyjádření limitu počtu zaměstnanců připadajících na 1000 dětí, žáků nebo studentů v dané věkové kategorii.

Do celkového objemu neinvestičních výdajů se vedle výdajů na vzdělávání v příslušných druzích škol (tj. v MŠ, ZŠ, denní formě vzdělávání v SŠ, konzervatořích a VOŠ) zahrnují také výdaje na ostatní formy vzdělávání v SŠ, konzervatořích a VOŠ, výdaje na stravování, ubytování a na zdravotní postižení dětí, žáků nebo studentů, výdaje na zájmové vzdělávání, ostatní volnočasové aktivity, výdaje na poradenské služby atd.

RN slouží pouze pro rozpis rozpočtu finančních prostředků státního rozpočtu na jednotlivé kraje. K rozpisu těchto rozpočtových zdrojů z rozpočtů krajů do rozpočtů jednotlivých právnických osob vykonávajících činnost škol a školských zařízení pak slouží krajské normativy (§ 161 odst. 2 školského zákona), jejichž stanovení a použití je v přenesené působnosti výkonu státní správy krajských úřadů. Členění krajských normativů, ukazatele rozhodné pro jejich stanovení apod. stanoví vyhláška č. 492/2005 Sb., o krajských normativech, ve znění pozdějších předpisů.

Normativ je stanoven jako roční objem neinvestičních výdajů celkem, a z toho mzdové prostředky, finanční prostředky na zákonné odvody a ostatní neinvestiční výdaje v jednotlivých oborech vzdělání, typech a druzích i formách studia škol.

Jednotlivé krajské normativy neinvestičních výdajů jsou stanoveny z ukazatelů:

- 1) průměrný počet jednotek výkonu připadajícího na 1 pedagogického pracovníka (**Np**)
- 2) průměrný počet jednotek výkonu připadajícího na 1 nepedagogického pracovníka (**No**)
- 3) průměrná měsíční výše platu pedagogického pracovníka (**Pp**)
- 4) průměrná měsíční výše platu nepedagogického pracovníka (**Po**)
- 5) průměrná roční výše ostatních neinvestičních výdajů ze státního rozpočtu připadající na jednotku výkonu (**ONIV**).

Ukazatel průměrného počtu jednotek výkonu připadající na 1 pedagogického pracovníka (**Np**) se stanoví z průměrného počtu žáků ve třídě, studijní skupině nebo oddělení v příslušném oboru vzdělání ve školách v rámci kraje nebo ve třídě nebo oddělení v příslušném typu školského zařízení v rámci kraje (**Ž**), průměrného počtu vyučovacích hodin ve třídě, studijní skupině nebo oddělení za týden vyplývajícího z příslušného rámcového nebo akreditovaného vzdělávacího programu (dále jen „vzdělávací program“) nebo oboru vzdělání včetně nezbytného dělení tříd, studijních skupin nebo oddělení, popřípadě vyplývajícího ze zvláštního právního předpisu (**H**), průměrného týdenního rozsahu přímé vyučovací činnosti pedagogických pracovníků stanoveného zvláštním právním předpisem (**VP**).

Ukazatel průměrného počtu jednotek výkonu připadajícího na 1 pedagogického zaměstnance stanoví vztahem

$$NP = \frac{\bar{Z} \times VP}{H}$$

Ukazatel průměrného počtu jednotek výkonu připadajícího na 1 nepedagogického pracovníka (No) se stanoví z průměrných hodnot dosažených v průběhu uplynulého kalendářního roku nebo z hodnot stanovených krajem v uplynulém kalendářním roce v příslušném druhu školy, oboru vzdělání a formě vzdělávání v rámci kraje.

Ukazatel průměrné měsíční výše platu pedagogického pracovníka a ukazatel průměrné měsíční výše platu nepedagogického pracovníka je tvořen průměrnou měsíční výší složek platu dosaženou v příslušném druhu školy nebo typu školského zařízení v rámci kraje v průběhu uplynulého kalendářního roku upravenou na výši, která se v příslušném kalendářním roce předpokládá vzhledem k objemu finančních prostředků přidělených krajskému úřadu prostřednictvím republikových normativů. Do ukazatelů průměrné měsíční výše platu se nezahrnují platby za práci přesčas a za konání přímé vyučovací, přímé výchovné, přímé speciálně pedagogické nebo pedagogicko-psychologické činnosti nad stanovený rozsah.

Ve smyslu ustanovení § 4 odst. 1, 2 a 4 zákona č. 306/1999 Sb. je Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen „MŠMT“) povinno stanovit vždy do 31. ledna kalendářního roku normativy pro běžný rok, a to jako roční objem neinvestičních výdajů, mzdových prostředků a zákonných odvodů připadajících na jedno dítě, žáka nebo studenta ve srovnatelném oboru vzdělání a formě vzdělávání ve škole nebo ve srovnatelné školské službě ve školském zařízení zřizovaném krajem nebo ministerstvem nebo jako roční objem neinvestičních výdajů, mzdových prostředků a zákonných odvodů připadajících na jedno dítě ve srovnatelné mateřské škole zřizované obcí nebo na jedno dítě nebo žáka ve srovnatelné školské službě ve školském zařízení zřizovaném obcí.

5.2 Reforma financování

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ve svém Koncepčním záměru reformy systému financování regionálního školství uvádí, že z řady analýz působení stávajícího systému financování regionálního školství, které Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy provedlo v rámci přípravy reformy, vyplývající základní negativa stávajícího systému financování regionálního školství:

- stávající systém financování prostřednictvím krajských normativů poskytuje krajským úřadům velkou míru rozhodovacích pravomocí bez odpovídající spoluzodpovědnosti za financování,
- nepodporuje optimalizaci škol a školských zařízení a spíše je jeho cílem přerozdělit finanční prostředky státního rozpočtu tak, aby stávající síť jakkoli naplněných škol a školských zařízení zůstala v kraji zachována,
- nevytváří pro školy potřebné stabilní, předvídatelné a transparentní ekonomické prostředí,
- nedostatečně podporuje kvalitu a efektivitu vzdělávání,
- neumožňuje dostatečné zacílení finančních prostředků přerozdělovaných krajskými úřady do regionálního školství z rozpočtu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

Důsledkem výše uvedeného jsou neúměrné a do budoucna neakceptovatelné mezikrajové rozdíly v podpoře vzdělávání. Stávající systém financování regionálního školství (vycházející ze současného právního rámce vymezujícího vzdělávání a poskytování školských služeb v regionálním školství) již není schopen dostatečně cíleně a především efektivně přerozdělovat finanční prostředky státního rozpočtu. Reforma systému financování regionálního školství je proto nutná.

Pro financování žáků ve speciálních třídách, tj. ve třídách speciálně zřízených pro vzdělávání žáků se zdravotním postižením, vyžadujícím zvýšenou míru podpory při vzdělávání, navrhuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy následující postup, založený opět na stanovení stupně míry podpory žákům ve speciální třídě:

- 1) - nízká míra podpory a vyšší míra podpory (I. a II. stupeň podpory):

Pro financování speciálních tříd se žáky, vyžadujícími tyto stupně míry podpory, budou uplatněny stejné principy jako v případě financování běžných tříd (BTBP) v příslušném druhu škol či v příslušném oboru vzdělání, avšak s následujícími změnami:

- Minimální průměrný počet žáků ve speciálních třídách školy, pro který je ze státního rozpočtu zajištěna minimální fixní úroveň financování: 8 žáků/třídu, přičemž hodnota „fixního minima“ se oproti BTBP v příslušném druhu školy, či v příslušném oboru vzdělání zvýší o 5%.
- Optimální průměrná naplněnost speciální třídy: 11 žáků/třídu, pro kterou bude zajištěno financování týdenního rozsahu vzdělávání, které odpovídá fixnímu minimu navýšenému o 2 hodiny/týdně.
- Maximální průměrná naplněnost speciální třídy: 14 žáků/třídu, pro kterou bude zajištěno financování týdenního rozsahu vzdělávání, které odpovídá fixnímu minimu navýšenému o 4 hodiny týdně.

2) - vysoká míra podpory a nejvyšší míra podpory (III. A VI. stupeň podpory)-bez potřeby asistenta pedagoga

Pro financování speciálních tříd se žáky, vyžadujícími tyto stupně míry podpory bez potřeby asistenta pedagoga, budou uplatněny stejné principy jako v případě financování běžných tříd (BTBP) v příslušném druhu škol či v příslušném oboru vzdělávání, avšak s následujícími změnami:

- Minimální průměrný počet žáků ve speciálních třídách školy, pro který je ze státního rozpočtu zajištěna minimální fixní úroveň financování: 4 žáci/třídu, přičemž hodnota „fixního minima“ se oproti BTBP v příslušném druhu či v příslušném oboru vzdělání zvýší o 10%.
- Optimální průměrná naplněnost speciální třídy: 6 žáků/třídu, pro kterou bude zajištěno financování navýšené o 1 hodinu/týdně. Maximální průměrná naplněnost speciální třídy: 8 žáků/třídu, pro kterou bude zajištěno financování týdenního rozsahu vzdělávání, které odpovídá fixnímu minimu navýšenému o 2 hodiny/týdně.

3) - vysoká míra podpory a nejvyšší míra podpory (III. a IV. stupeň podpory) – s potřebou asistenta/ů pedagoga

Pro financování speciálních tříd se žáky, vyžadujícími tyto stupně míry podpory s potřebou asistenta/ů, navrhuje MŠMT následující postup:

- K normativnímu objemu finančních prostředků pro speciální třídu se žáky vyžadujícími vysokou nebo nejvyšší míru podpory bez potřeby asistenta pedagoga (stanovenému dle předchozího bodu 2) bude připočtena pevná částka 250 000 Kč/třídu (MP vč. Příslušenství), bez ohledu na počet asistentů pedagoga ve třídě.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy v tomto roce připravilo vstupní podklad pro zahájení diskuze o změnách v nastavení financování regionálního školství. Tento dokument byl předložen k diskuzi s představiteli školských komisí Asociace krajů, Svazu měst a obcí a Sdružení místních samospráv. Podle tohoto dokumentu stávající legislativní vymezení podmínek pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami neumožňují cílené směřování účinných podpůrných opatření za potřebnými žáky a racionální využití jednotlivých institutů speciálního vzdělávání. Podpůrná opatření nejsou v současné době natolik systematicky popsána, aby mohla být vyčíslena jejich finanční náročnost. Pro budoucí řešení problematiky financování těchto žáků je tedy prvořadé důsledné zákonné vymezení míry jejich podpory, a to připravovanou novelou ustanovení § 16 školského zákona. Tato novela zavede pojem podpůrných opatření, která budou základem pro organizaci i financování vzdělávání osob s různými druhy zdravotního postižení. Systematicky tak bude nově definována dosavadní kategorie speciálních vzdělávacích potřeb. Školský zákon například upraví:

- členění podpůrných opatření do 4 stupňů podle věcné i finanční náročnosti,
- podmínky uplatňování podpůrných opatření školami,
- základní pravidla poradenské činnosti, včetně revizních mechanismů,
- pravidla ukončování podpůrných opatření,
- nástroje regulace činností „speciálních škol“, zejména základních škol praktických

Vzhledem k tomu, že kategorizace podpůrných opatření v souvislosti s novelou § 16 školského zákona si vyžádá určité „náběhové období“ (zavedení do praxe), bude v novém systému financování v počátečním období systém oborových normativů doplněn ještě systémem příplatků na postižení rovněž stanovených ministerstvem. Tyto příplatky nahradí stávající krajské příplatky a vyrovnají tak dosavadní mezikrajové rozdíly v úrovni financování vzdělávání žáků se zdravotním postižením

ve středních školách. Po ověření v praxi se bude i systém financování přizpůsobovat tak, aby korespondoval jak s podpůrnými opatřeními, tak s údaji uvedenými ve školních matrikách a stal se tak nikoliv jen nástrojem podpory vzdělávání žáků s postižením, ale skutečnou podporou inkluzivního vzdělávání jako takového.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

6. Analýza výkazů o středních školách M 8 a krajských normativů

Empirická část diplomové práce, která navazuje na část teoretickou, prezentuje výsledky kvantitativního výzkumného šetření. Výzkum bude proveden pomocí analýzy výkazů o středních školách M 8 a analýzy krajských normativů.

Cílem výzkumné části diplomové práce je vytvořit ucelený přehled o vzdělávání žáků se zdravotním postižením a porovnat podle krajů normativní financování nejrozšířenějšího oboru vzdělání pro handicapované žáky.

První cíl práce je vytvořit ucelený přehled o vzdělávání žáků se zdravotním postižením.

Hypotéza č 1.: Předpokládám, že se ve středních školách pro žáky se zdravotním postižením vzdělává nejvíce žáků s mentálním postižením (lehkým mentálním postižením).

Hypotéza č. 2: Očekávám, že vývoj počtu žáků se zdravotním postižením ve speciálních třídách ve sledovaném období 2007 – 2012 bude klesající.

Hypotéza č 3.: Domnívám se, že nejvíce žáků s vývojovými poruchami učení bude individuálně integrováno v běžných třídách.

Hypotéza č. 4: Myslím si, že se nejvíce žáků se zdravotním postižením vzdělává na školách zřizovaných krajem.

Druhý cíl práce je porovnat a analyzovat podle krajů normativní financování nejrozšířenějšího oboru vzdělání pro handicapované žáky.

Hypotéza č. 5: Předpokládám, že nejrozšířenější obor vzdělání pro žáky se zdravotním postižením bude obor vzdělání kategorie E.

Hypotéza č. 6: Domnívám se, že se hodnoty jednotlivých krajských normativů od sebe budou značně lišit.

Hypotéza č. 7: Očekávám, že hodnoty příplatku za postižení, Np a No jednotlivé kraje určují rozdílně.

6.1 Metodologie výzkumu

V tomto výzkumu budou použita data výkazů o středních školách M8 podle stavu k 30. 9. 2012. Všechny střední školy, včetně škol zřízených pro žáky se zdravotním postižením a škol zřízených při školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy, zapsané do rejstříku škol a školských zařízení předávají individuální údaje za své kmenové žáky v souborech s definovanou strukturou do databáze spravované Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy.

Výzkum bude proveden u skupiny všech žáků středních škol v České republice se zdravotním postižením.

6.2 Popis metody výzkumu

1) Získání dat z Výkazů o středních školách M 8 podle stavu k 30. 9. 2012 z databáze Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

2) Z webových stránek krajských úřadů budou získány krajské normativy nejrozšířenějšího oboru vzdělání pro žáky se zdravotním postižením a normativ pro soukromé školy z Věstníku MŠMT ČR.

6.3 Žáci se zdravotním postižením ve středních školách v České republice

**ŽÁCI SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH
V ČESKÉ REPUBLICE K 30. 9. 2012**

Tabulka č. 1

Žáci se zdravotním postižením celkem:	19160
žáci s mentálním postižením	8012
žáci se sluchovým postižením	486
žáci s vadami řeči	94
žáci se zrakovým postižením	267
žáci s tělesným postižením	716
žáci s více vadami	1102
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	7687
žáci s autismem	416

Zdroj: databáze MŠMT

Graf č. 1



Z celkového přehledu a grafu je patrné, že ve středních školách v České republice se k datu 30. 9. 2012 vzdělávalo celkem 19 160 žáků se zdravotním postižením. Nejvyšší zastoupení mají žáci s mentálním postižením – celkem 8012 a žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování – celkem 7687. Nejnižší míru zastoupení zaznamenávají žáci s vadami řeči.

6.4 Žáci se zdravotním postižením ve speciálních třídách

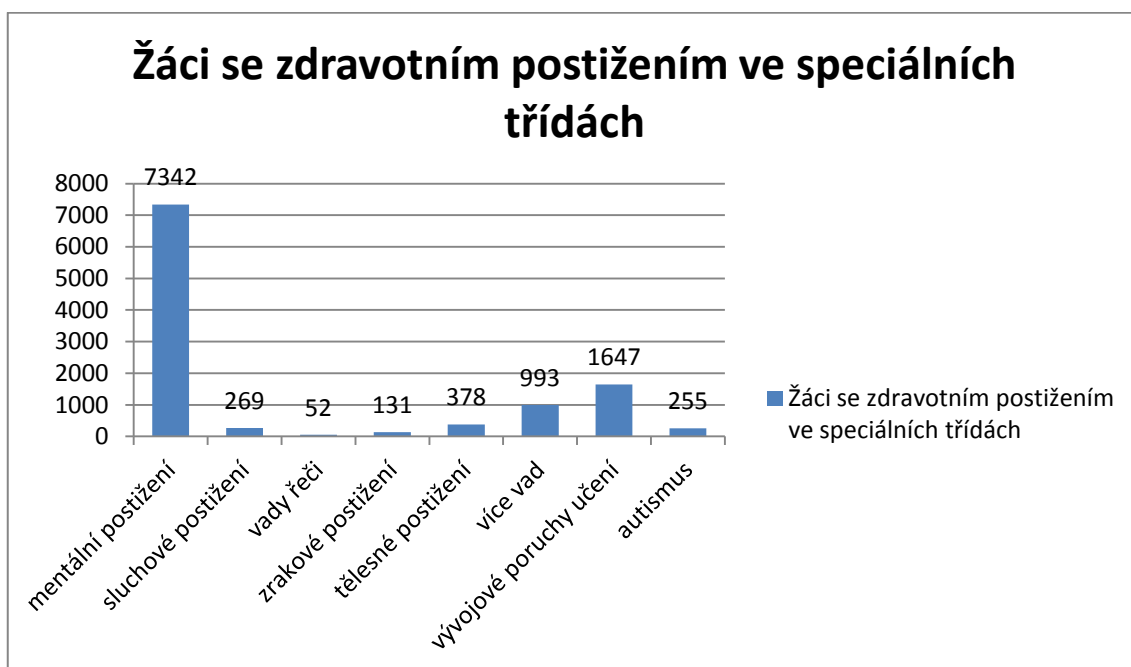
ŽÁCI SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE SPECIÁLNÍCH TŘÍDÁCH STŘEDNÍCH ŠKOL V ČESKÉ REPUBLICE K 30. 9. 2012

Tabulka č. 2

Žáci se zdravotním postižením celkem:	11 353
žáci s mentálním postižením	7 342
žáci se sluchovým postižením	269
žáci s vadami řeči	52
žáci se zrakovým postižením	131
žáci s tělesným postižením	378
žáci s více vadami	993
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	1647
žáci s autismem	255

Zdroj: databáze MŠMT

Graf č. 2



Z celkového přehledu a grafu vyplývá, že speciální třídy středních škol v České republice k datu 30. 9. 2012 navštěvovalo 11 353 žáků. Nejvyšší zastoupení mají žáci s mentálním postižením a žáci s vývojovými poruchami učení a chování. Nejnižší míru zastoupení mají žáci s vadami řeči.

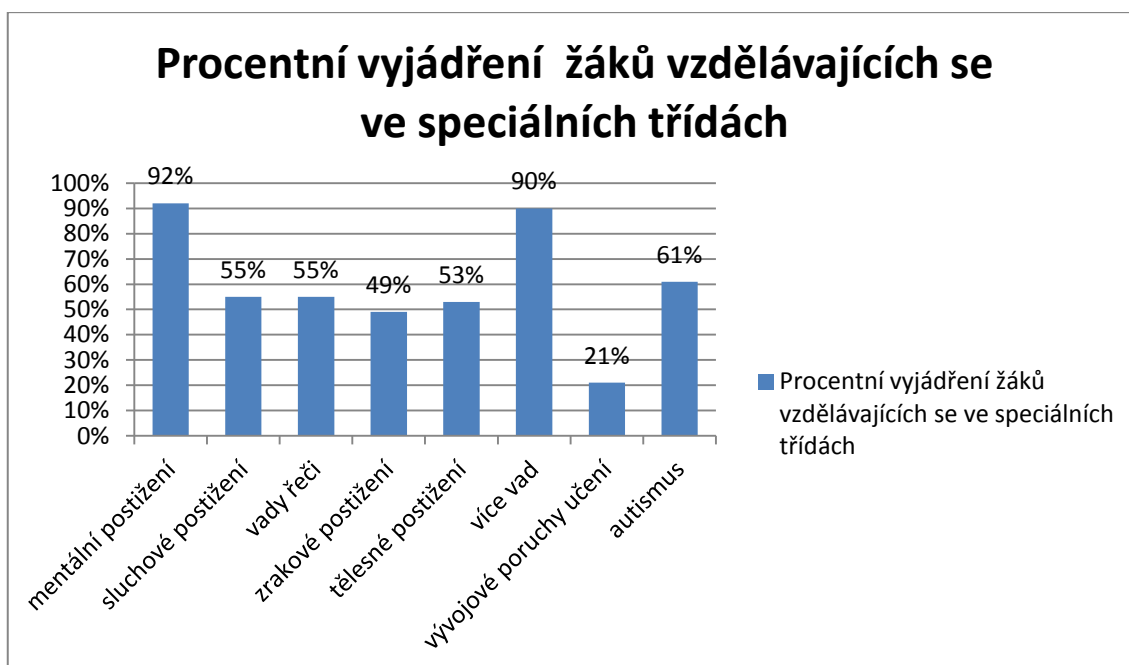
PROCENTNÍ VYJÁDŘENÍ ŽÁKŮ VZDĚLÁVAJÍCÍCH SE VE SPECIÁLNÍCH
TŘÍDÁCH Z CELKOVÉHO POČTU ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM –
PODLE DRUHU ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ
V ČESKÉ REPUBLICE K 30. 9. 2012

Tabulka č. 3

Žáci se zdravotním postižením celkem:	59%
žáci s mentálním postižením	92%
žáci se sluchovým postižením	55%
žáci s vadami řeči	55%
žáci se zrakovým postižením	49%
žáci s tělesným postižením	53%
žáci s více vadami	90%
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	21%
žáci s autismem	61%

Zdroj: databáze MŠMT

Graf č. 3



Celkový přehled a graf zahrnuje procentní vyjádření žáků se zdravotním postižením vzdělávajících se ve speciálních třídách k datu 30. 9. 2012. Ve speciálních třídách se vzdělávalo 59% žáků se zdravotním postižením z celkového počtu zdravotně postižených. Nejvyšší míry zastoupení v % shledáváme u žáků s mentálním postižením

a více vadami. Nejnižší procentní hodnotu zcela logicky vykazují žáci s vývojovými poruchami učení a chování.

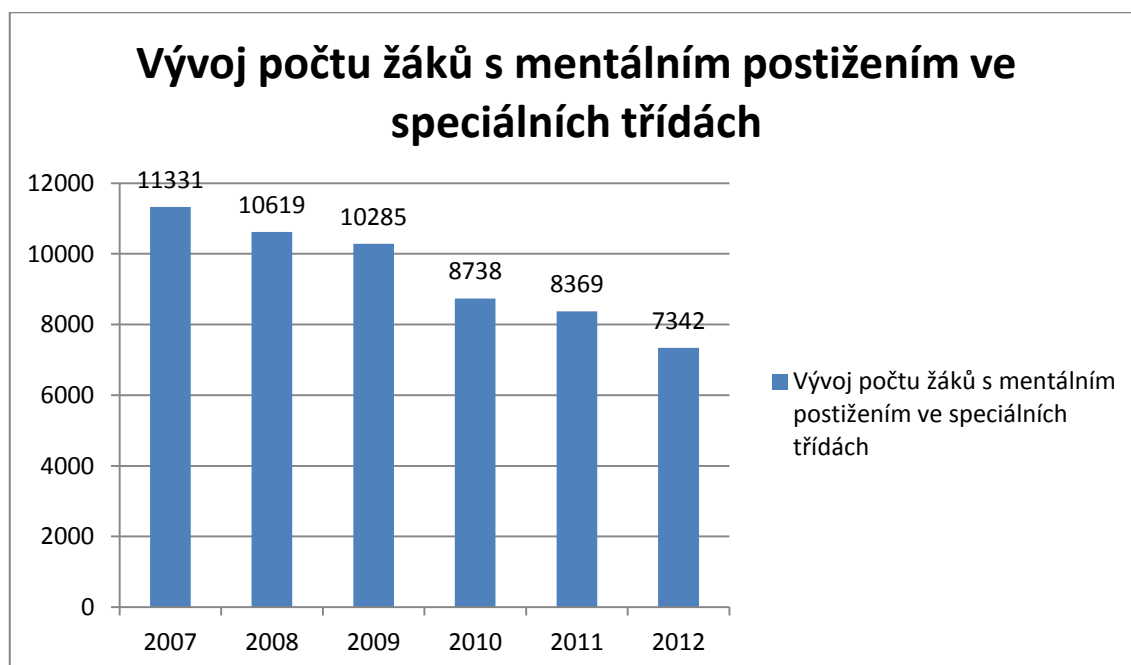
VÝVOJ POČTU ŽÁKŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM VE SPECIÁLNÍCH TŘÍDÁCH V LETECH 2007 - 2012

Tabulka č. 4

2007	2008	2009	2010	2011	2012
11 331	10 619	10 285	8 738	8 369	7 342

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 4



Tabulka a graf znázorňují vývoj počtu žáků s mentálním postižením ve speciálních třídách v letech 2007 – 2012, z čehož je patrný pokles těchto žáků od roku 2007 do roku 2012 umístěných ve speciálních třídách. Tento pokles je dán překvalifikováním a upřesněním pojmu mentální postižení a zároveň souvisí s možností integrace a inkluze žáků.

VÝVOJ POČTU ŽÁKŮ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM VE SPECIÁLNÍCH TŘÍDÁCH V LETECH 2007 - 2012

Tabulka č. 5

2007	2008	2009	2010	2011	2012
395	387	355	319	289	269

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 5



Tabulka a graf znázorňující vývoj počtu žáků se sluchovým postižením ve speciálních třídách v letech 2007 – 2012 signalizují pokles počtu žáků s tímto postižením ve speciálních třídách. Tato skutečnost je dána možností integrace a inkluze žáků, tzn. jejich zařazením do tříd hlavního vzdělávacího proudu.

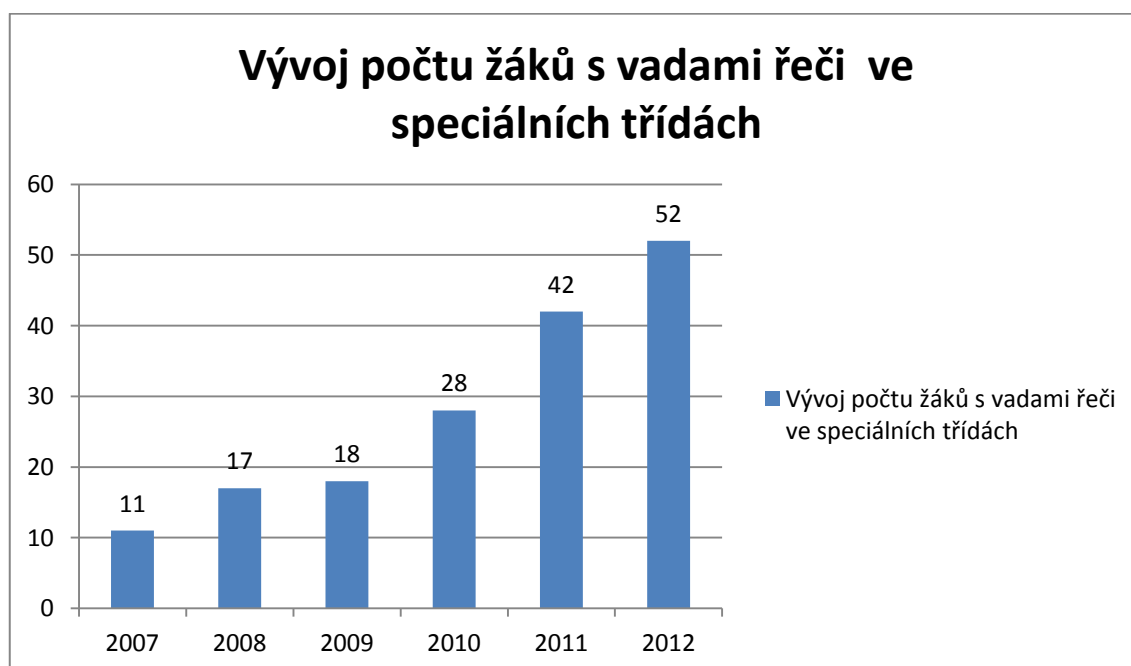
VÝVOJ POČTU ŽÁKŮ S VADAMI ŘEČI VE SPECIÁLNÍCH TŘÍDÁCH V LETECH 2007 - 2012

Tabulka č. 6

2007	2008	2009	2010	2011	2012
11	17	18	28	42	52

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 6



Tabulka a graf vývoje počtu žáků s vadami řeči ve speciálních třídách v letech 2007 – 2012 vypovídá o téměř pětinasobném nárůstu počtu žáků s vadami řeči umístěných ve speciálních třídách od roku 2007 do roku 2012. Tato skutečnost je, dle odborníků, z části dána vysokou zaměstnaností rodičů a z toho plynoucího krátkodobého kontaktu s vlastním dítětem v běžném pracovním dni, kdy zejména v určitém věku dítěte je třeba vytvářet a upevňovat správný vývoj řeči, s dítětem si povídat, číst mu pohádky a příběhy.

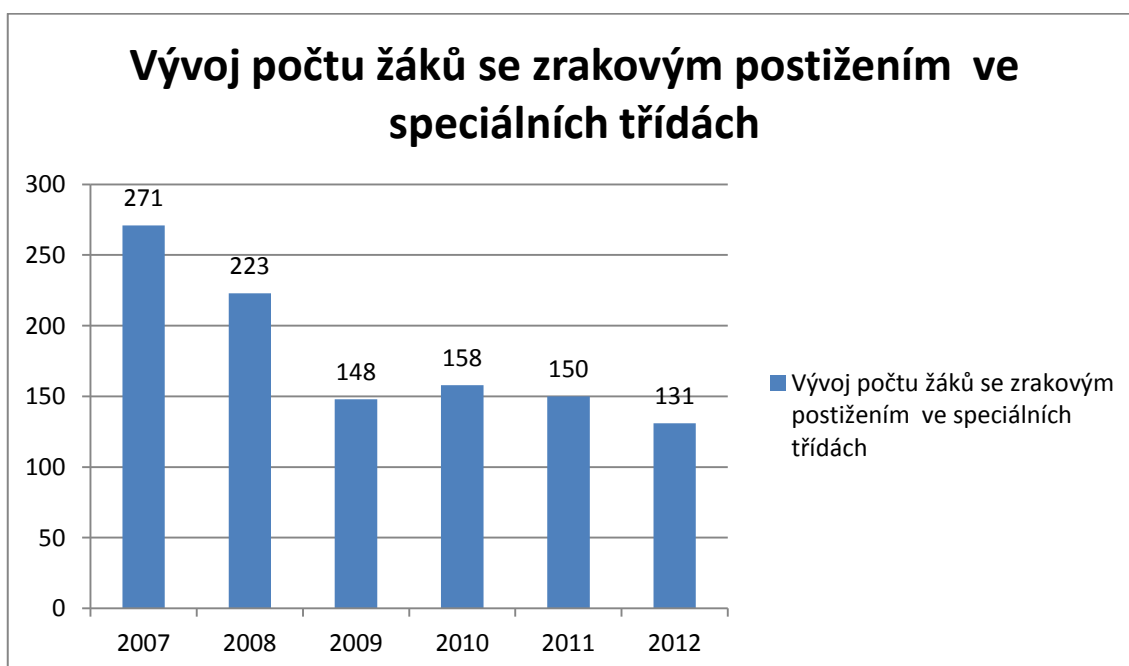
VÝVOJ POČTU ŽÁKŮ SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM VE SPECIÁLNÍCH TŘÍDÁCH V LETECH 2007 - 2012

Tabulka č. 7

2007	2008	2009	2010	2011	2012
271	223	148	158	150	131

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 7



Tabulka a graf znázorňující vývoj počtu žáků se zrakovým postižením ve speciálních třídách v letech 2007 – 2012 signalizují pokles počtu žáků s tímto postižením ve speciálních třídách. Tato skutečnost je dána možností integrace a inkluze žáků, tzn. jejich zařazením do tříd hlavního vzdělávacího proudu.

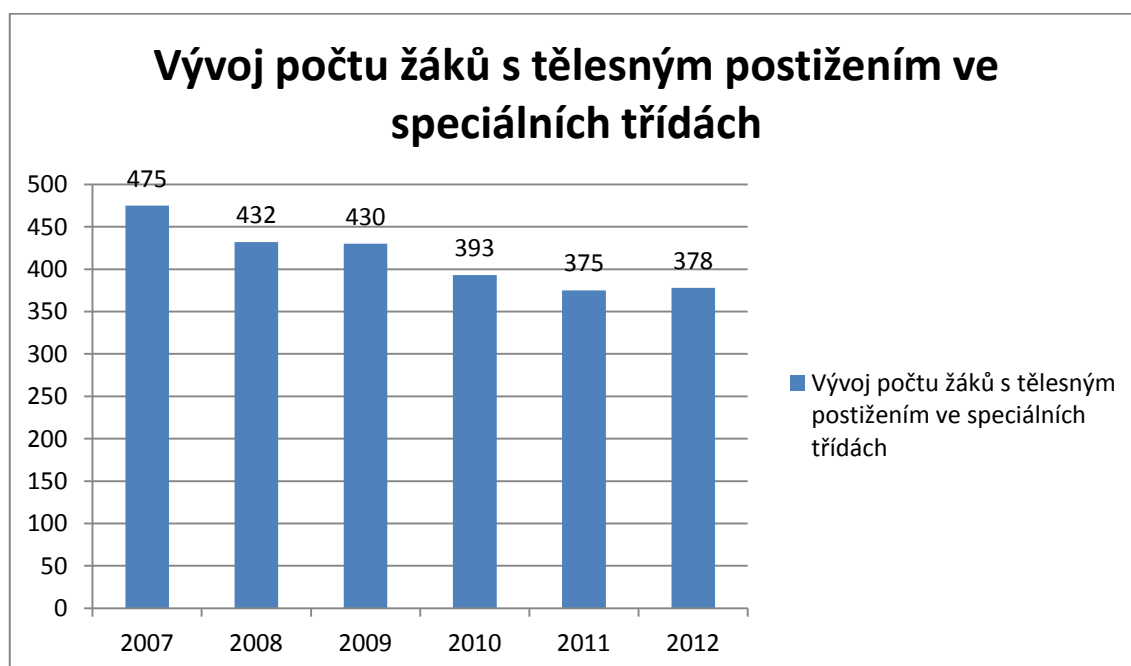
VÝVOJ POČTU ŽÁKŮ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM VE SPECIÁLNÍCH TŘÍDÁCH V LETECH 2007 - 2012

Tabulka č. 8

2007	2008	2009	2010	2011	2012
475	432	430	393	375	378

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 8



Tabulka a graf znázorňující vývoj počtu žáků s tělesným postižením ve speciálních třídách v letech 2007 – 2012 signalizují pokles počtu žáků s tímto postižením ve speciálních třídách. Tato skutečnost je dána možností integrace a inkluze žáků, tzn. jejich zařazením do tříd hlavního vzdělávacího proudu.

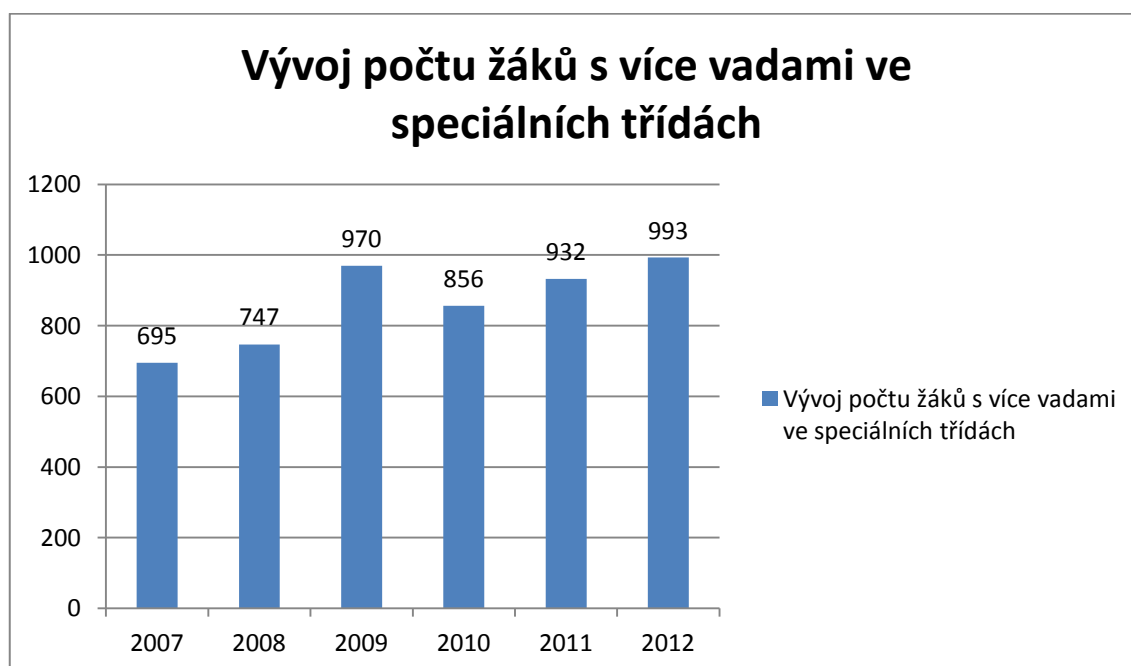
**VÝVOJ POČTU ŽÁKŮ S VÍCE VADAMI VE SPECIÁLNÍCH TŘÍDÁCH
V LETECH 2007 - 2012**

Tabulka č. 9

2007	2008	2009	2010	2011	2012
695	747	970	856	932	993

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 9



Tabulka a graf zachycují vývoj počtu žáků s více vadami ve speciálních třídách v letech 2007 – 2012. Z tohoto je patrný nárůst počtu žáků s více vadami ve speciálních třídách od roku 2007 – do roku 2012 zhruba o 1/3, což je dáno i přísnější mírou odborného vyšetření dítěte a zpřesněním zdravotního postižení.

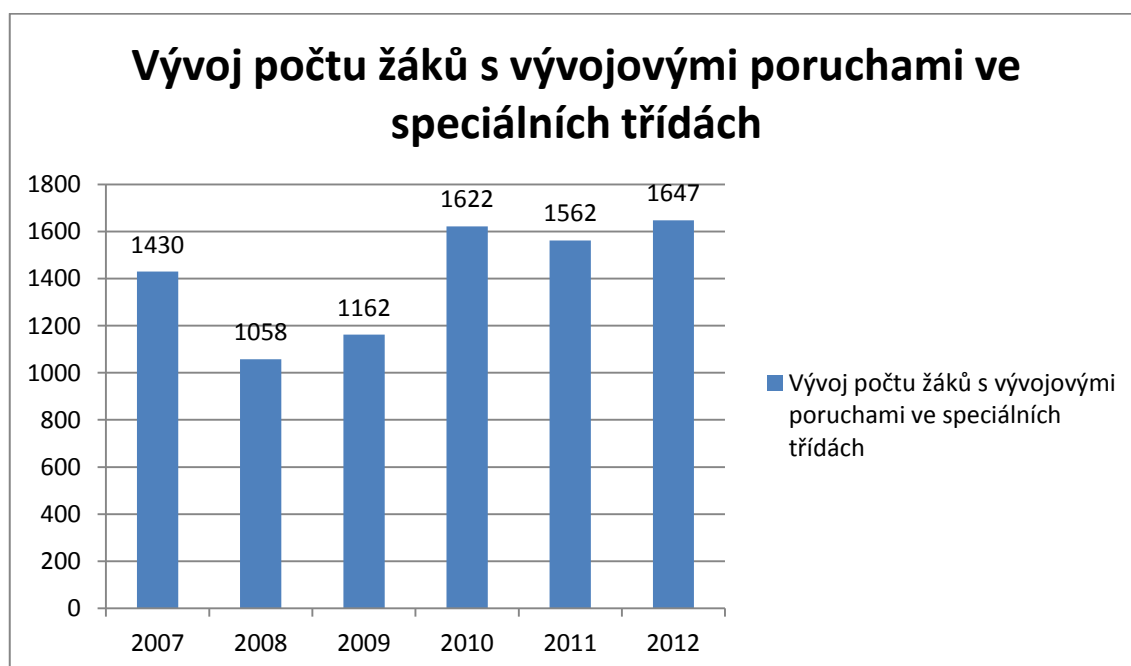
VÝVOJ POČTU ŽÁKŮ S VÝVOJOVÝMI PORUCHAMI UČENÍ A CHOVÁNÍ VE SPECIÁLNÍCH TŘÍDÁCH V LETECH 2007 - 2012

Tabulka č. 10

2007	2008	2009	2010	2011	2012
1430	1058	1162	1622	1562	1647

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 10



Tabulka a graf vývoje počtu žáků s vývojovými poruchami učení a chování ve speciálních třídách v letech 2007 – 2012 signalizují pouze slabý nárůst počtu žáků od roku 2007 do roku 2012. Kromě zařazení těchto žáků do speciálních tříd mohou být vzdělávání, s menším či větším úspěchem, v rámci integrace a inkluze v hlavním vzdělávacím proudu.

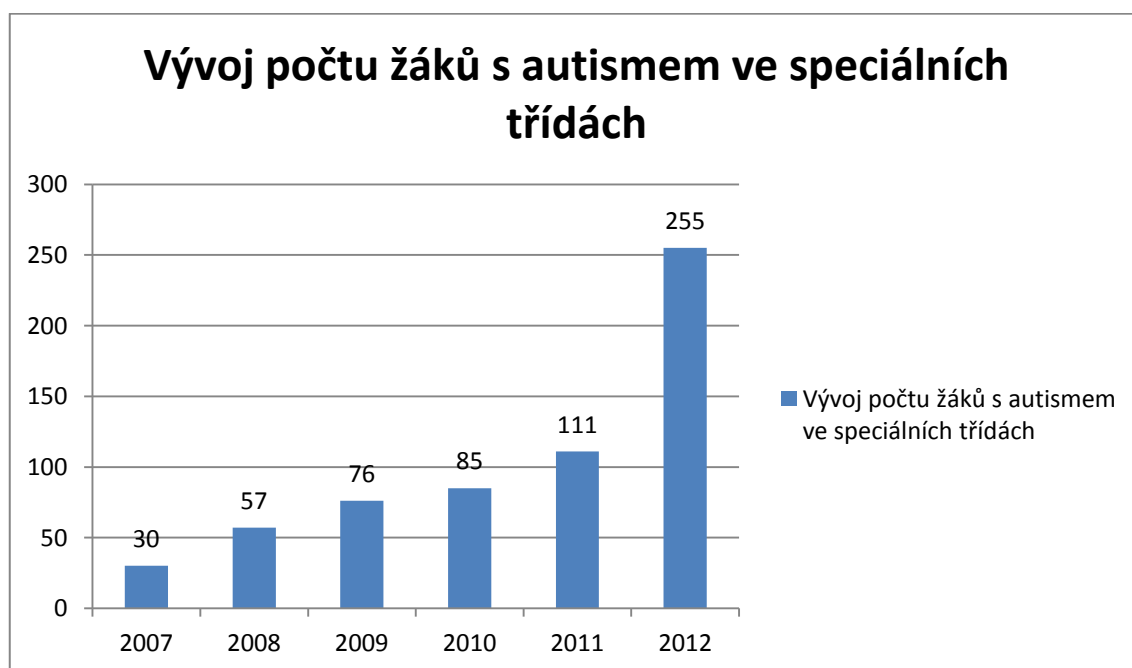
VÝVOJ POČTU ŽÁKŮ S AUTISMEM VE SPECIÁLNÍCH TŘÍDÁCH V LETECH 2007 - 2012

Tabulka č. 11

2007	2008	2009	2010	2011	2012
30	57	76	85	111	255

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 11



Tabulka s grafem zaměřeným na přehled vývoje počtu žáků s autismem ve speciálních třídách v letech 2007 – 2012 vypovídají o velmi vysokém nárůstu počtu těchto žáků vzdělávajících se ve speciálních třídách. Domnívám se, že tento vysoký nárůst je dán přísnější mírou odborného vyšetření žáků s autismem.

6.5 Individuálně integrování žáci se zdravotním postižením v běžných třídách

INDIVIDUÁLNĚ INTEGROVANÍ ŽÁCI SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V BĚŽNÝCH TŘÍDÁCH

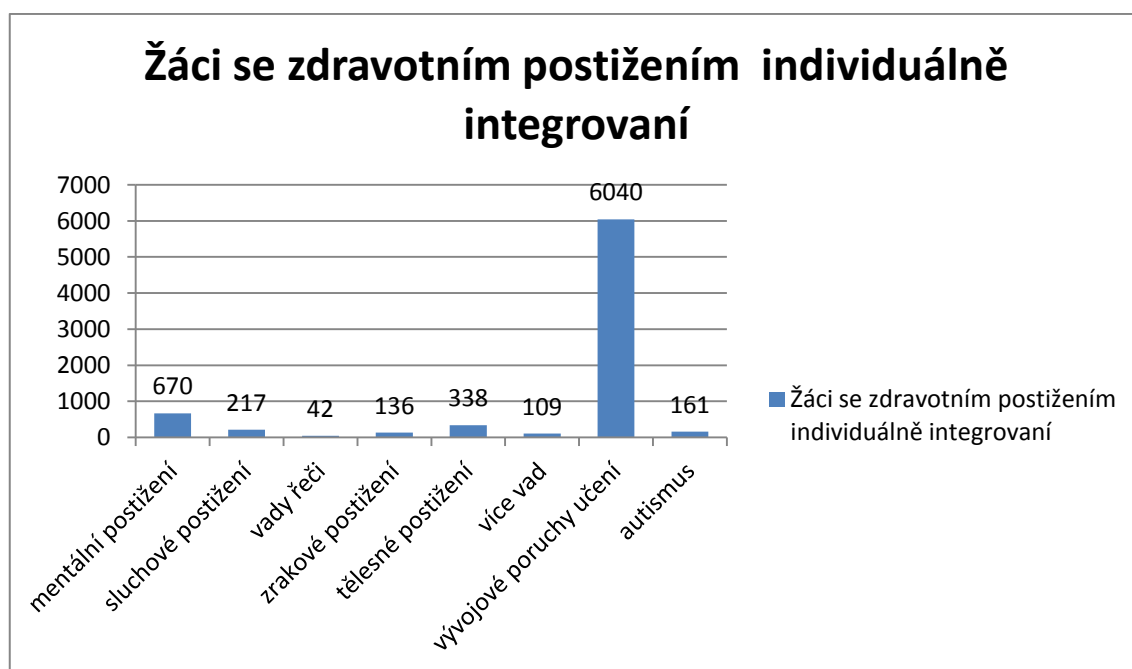
STŘEDNÍCH ŠKOL V ČESKÉ REPUBLICE K 30. 9. 2012

Tabulka č. 12

Žáci se zdravotním postižením celkem:	7807
žáci s mentálním postižením	670
žáci se sluchovým postižením	217
žáci s vadami řeči	42
žáci se zrakovým postižením	136
žáci s tělesným postižením	338
žáci s více vadami	109
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	6040
žáci s autismem	161

Zdroj: databáze MŠMT

Graf č. 12



Tabulka a graf znázorňující vývoj počtu žáků se zdravotním postižením individuálně integrovaných v běžných třídách. Nejpočetnější skupinou individuálně integrovaných jsou žáci s vývojovou poruchou učení. Tato skutečnost je dána možností integrace a inkluze žáků, tzn. jejich zařazením do tříd hlavního vzdělávacího proudu.

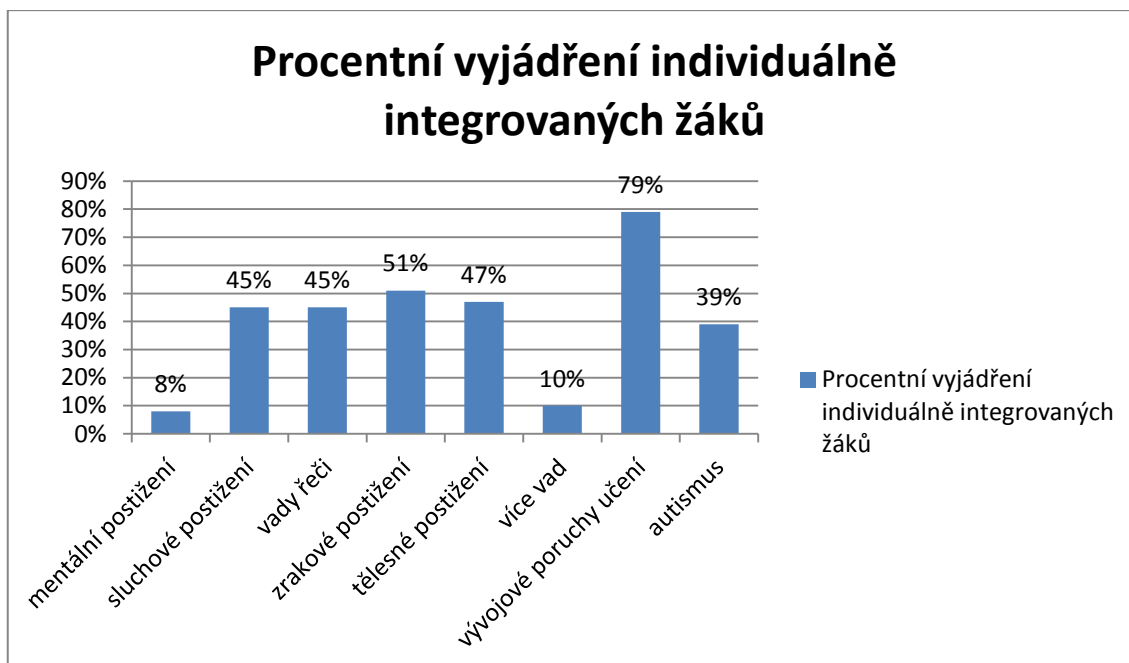
PROCENTUÁLNÍ VYJÁDŘENÍ INDIVIDUÁLNĚ INTEGROVANÝCH ŽÁKŮ
Z CELKOVÉHO POČTU ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM – PODLE
DRUHU ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ
V ČESKÉ REPUBLICE K 30. 9. 2012

Tabulka č. 13

Žáci se zdravotním postižením celkem:	41%
žáci s mentálním postižením	8%
žáci se sluchovým postižením	45%
žáci s vadami řeči	45%
žáci se zrakovým postižením	51%
žáci s tělesným postižením	47%
žáci s více vadami	10%
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	79%
žáci s autismem	39%

Zdroj: databáze MŠMT

Graf č. 13



Celkový přehled a graf zahrnuje procentní vyjádření žáků se zdravotním postižením individuálně integrovaných v běžných třídách k datu 30. 9. 2012. V běžných třídách se vzdělávalo 41% žáků se zdravotním postižením z celkového počtu zdravotně postižených. Nejvyšší míry zastoupení v % shledáváme u žáků s vývojovými poruchami

učení a chování. Nejnižší procentní hodnotu zcela logicky vykazují žáci s mentálním postižením a s více vadami.

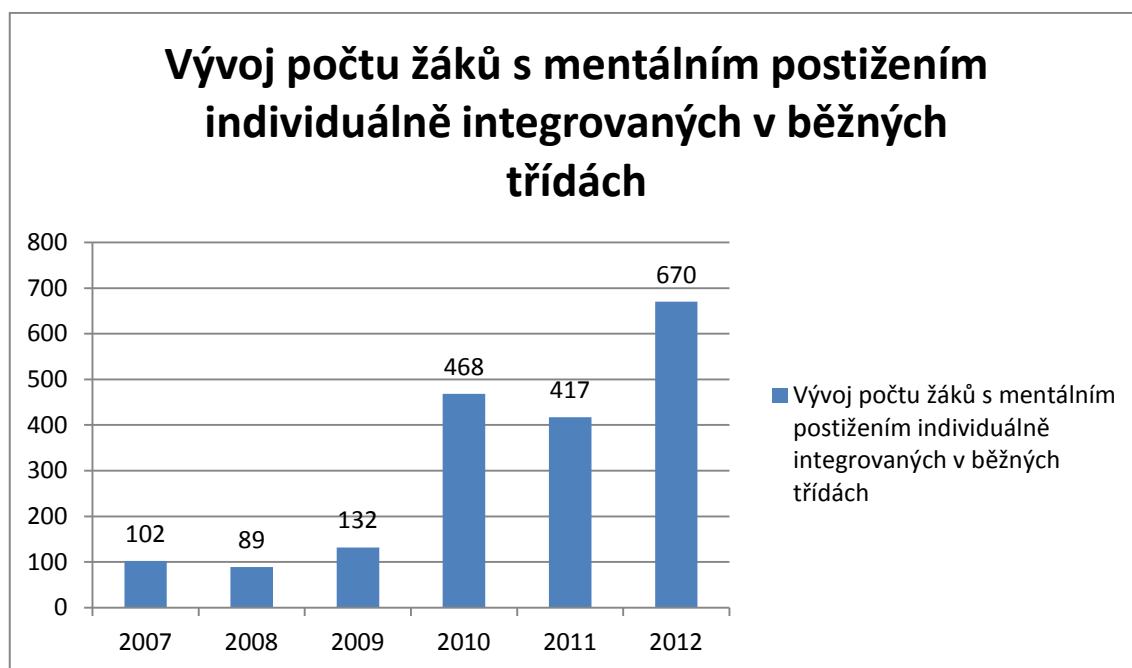
**VÝVOJ POČTU ŽÁKŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM INDIVIDUÁLNĚ
INTEGROVANÝCH V BĚŽNÝCH TŘÍDÁCH STŘEDNÍCH ŠKOL
V LETECH 2007 - 2012**

Tabulka č. 14

2007	2008	2009	2010	2011	2012
102	89	132	468	417	670

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 14



Tabulka a graf znázorňují vývoj počtu žáků s mentálním postižením individuálně integrovaných v běžných třídách středních škol v letech 2007 – 2012, z čehož je patrný nárůst těchto žáků od roku 2007 do roku 2012 umístěných v běžných třídách. Tento nárůst souvisí s možností integrace a inkluze žáků.

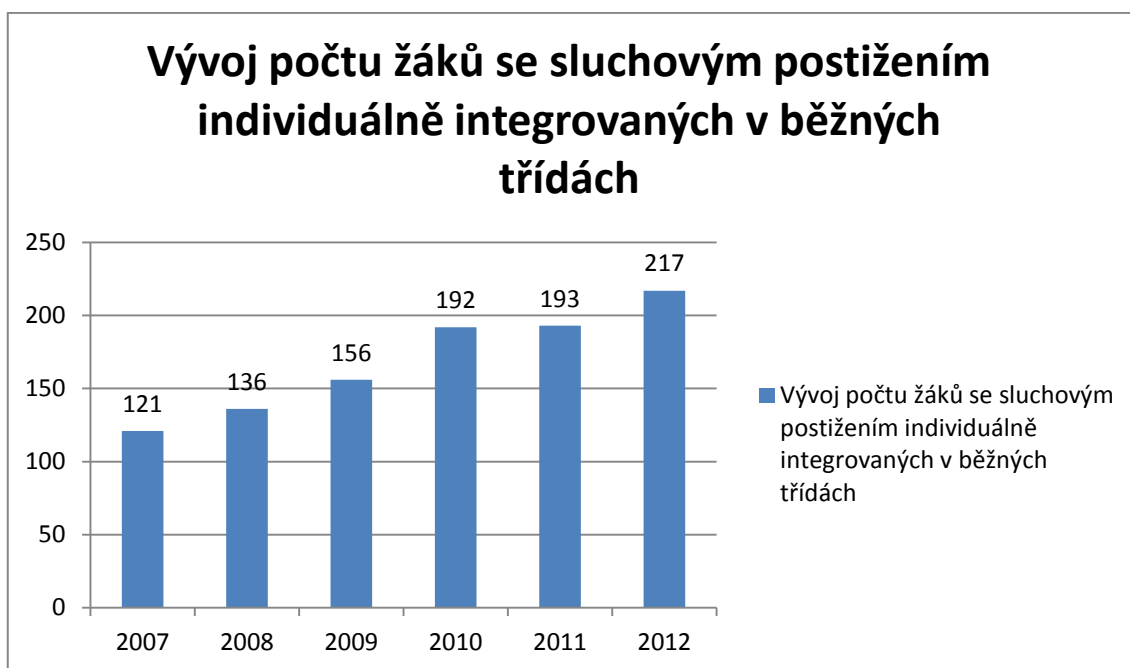
**VÝVOJ POČTU ŽÁKŮ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM INDIVIDUÁLNĚ
INTEGROVANÝCH V BĚŽNÝCH TŘÍDÁCH STŘEDNÍCH ŠKOL
V LETECH 2007 - 2012**

Tabulka č. 15

2007	2008	2009	2010	2011	2012
121	136	156	192	193	217

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 15



Tabulka a graf znázorňují vývoj počtu žáků se sluchovým postižením individuálně integrovaných v běžných třídách středních škol v letech 2007 – 2012, z čehož je patrný mírný nárůst těchto žáků od roku 2007 do roku 2012 umístěných v běžných třídách. Tento nárůst souvisí s možností integrace a inkluze žáků.

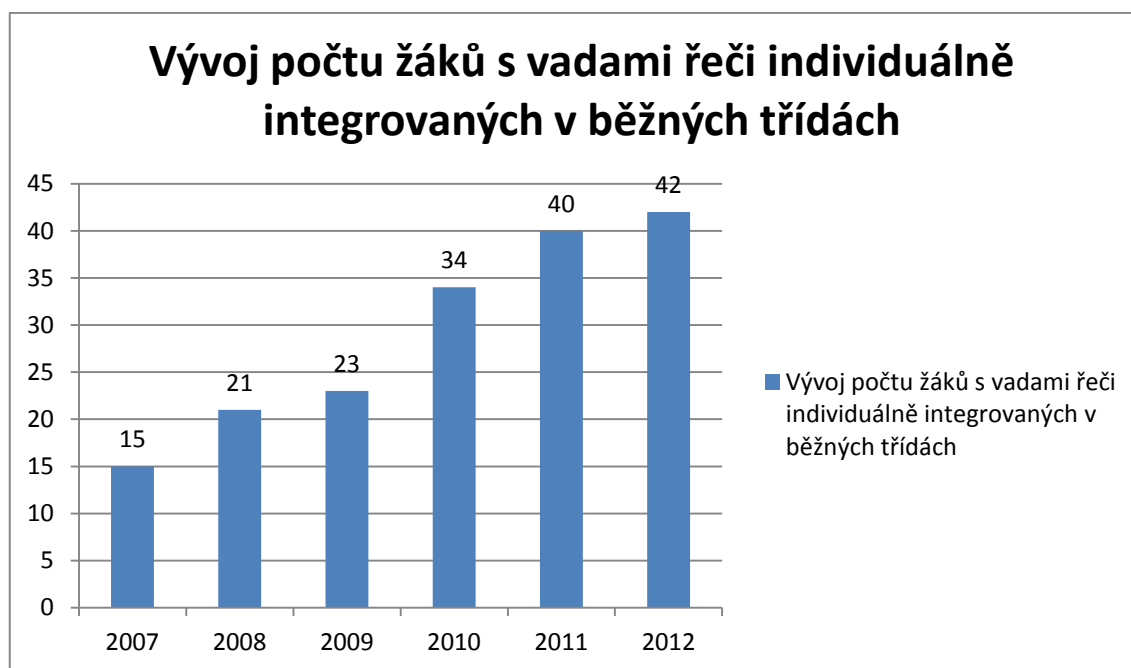
**VÝVOJ POČTU ŽÁKŮ S VADAMI ŘEČI INDIVIDUÁLNĚ INTEGROVANÝCH
V BĚŽNÝCH TŘÍDÁCH STŘEDNÍCH ŠKOL
V LETECH 2007 - 2012**

Tabulka č. 16

2007	2008	2009	2010	2011	2012
15	21	23	34	40	42

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 16



Tabulka a graf znázorňují vývoj počtu žáků s vadami řeči integrovaných v běžných třídách středních škol v letech 2007 – 2012, z čehož je patrný nárůst těchto žáků od roku 2007 do roku 2012 umístěných v běžných třídách. Tento nárůst souvisí s možnostmi integrace a inkluze žáků.

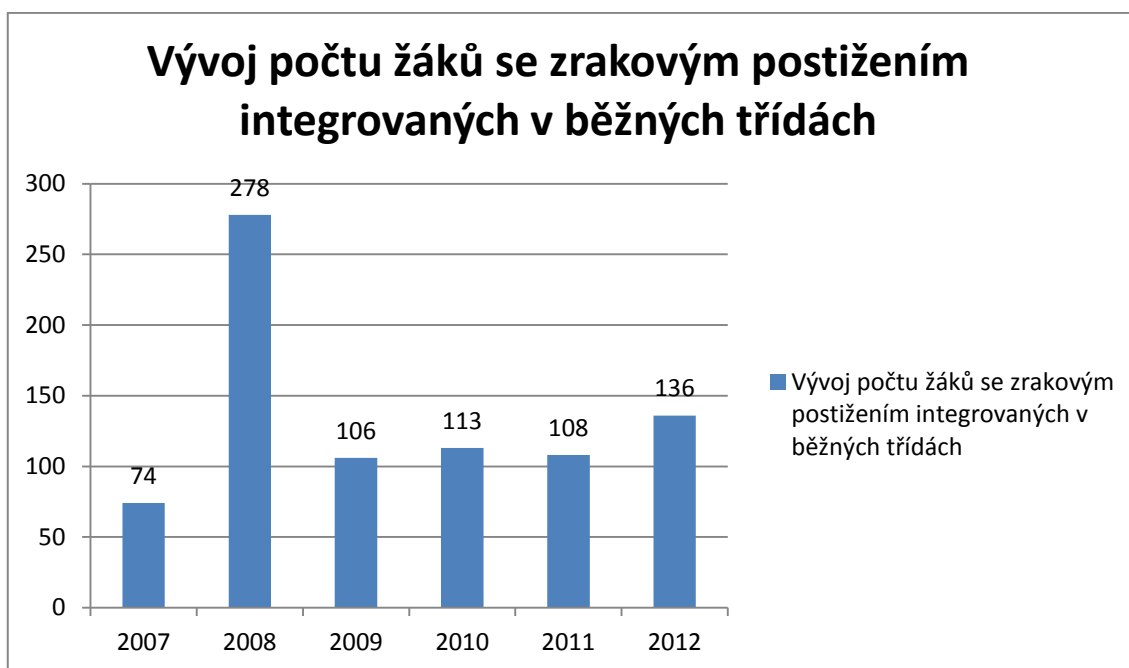
**VÝVOJ POČTU ŽÁKŮ SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM INDIVIDUÁLNĚ
INTEGROVANÝCH V BĚŽNÝCH TŘÍDÁCH STŘEDNÍCH ŠKOL
V LETECH 2007 - 2012**

Tabulka č. 17

2007	2008	2009	2010	2011	2012
74	278	106	113	108	136

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 17



Tabulka a graf znázorňující vývoj počtu žáků se zrakovým postižením integrovaných v běžných třídách v letech 2007 – 2012 signalizují pouze slabý nárůst počtu žáků s tímto postižením v běžných třídách. Mírný nárůst souvisí s možností integrace a inkluze žáků.

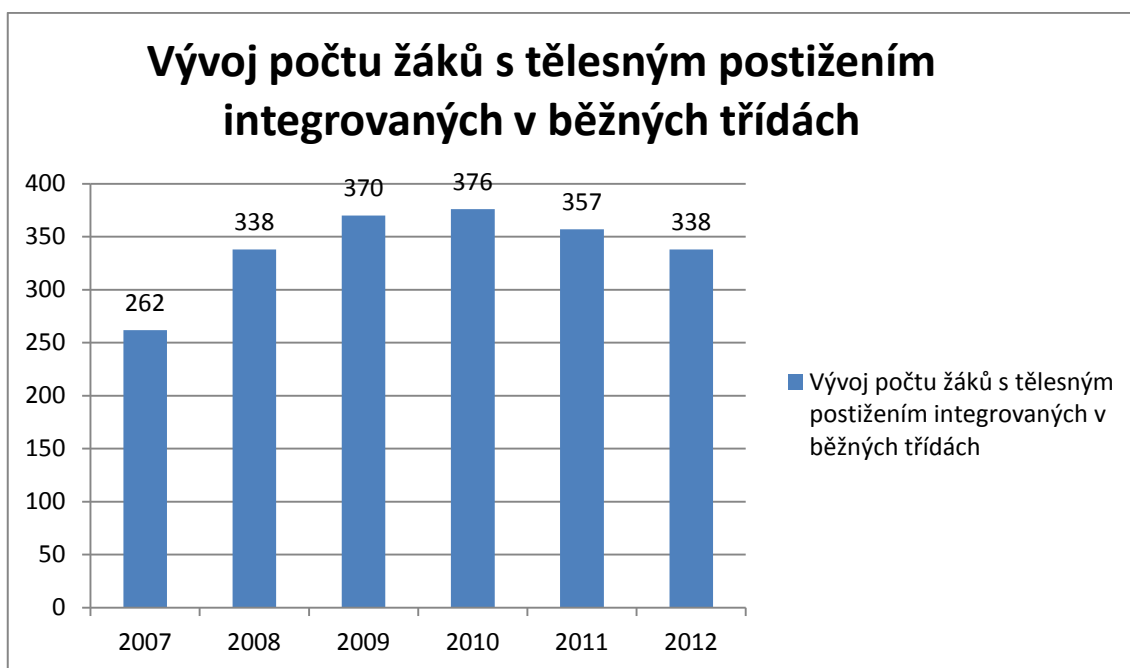
**VÝVOJ POČTU ŽÁKŮ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM INDIVIDUÁLNĚ
INTEGROVANÝCH V BĚŽNÝCH TŘÍDÁCH STŘEDNÍCH ŠKOL
V LETECH 2007 - 2012**

Tabulka č. 18

2007	2008	2009	2010	2011	2012
262	338	370	376	357	338

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 18



Tabulka a graf vývoje počtu žáků s tělesným postižením individuálně integrovaných v běžných třídách v letech 2007 – 2012 signalizují pouze slabý nárůst a poté slabý pokles počtu žáků od roku 2007 do roku 2012.

**VÝVOJ POČTU ŽÁKŮ S VÍCE VADAMI INDIVIDUÁLNĚ INTEGROVANÝCH
V BĚŽNÝCH TŘÍDÁCH STŘEDNÍCH ŠKOL
V LETECH 2007 - 2012**

Tabulka č. 19

2007	2008	2009	2010	2011	2012
78	81	113	103	125	109

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 19



Tabulka a graf vývoje počtu žáků s více vadami individuálně integrovaných v běžných třídách v letech 2007 – 2012 signalizují poměrně vyrovnaný počet žáků od roku 2007 do roku 2012.

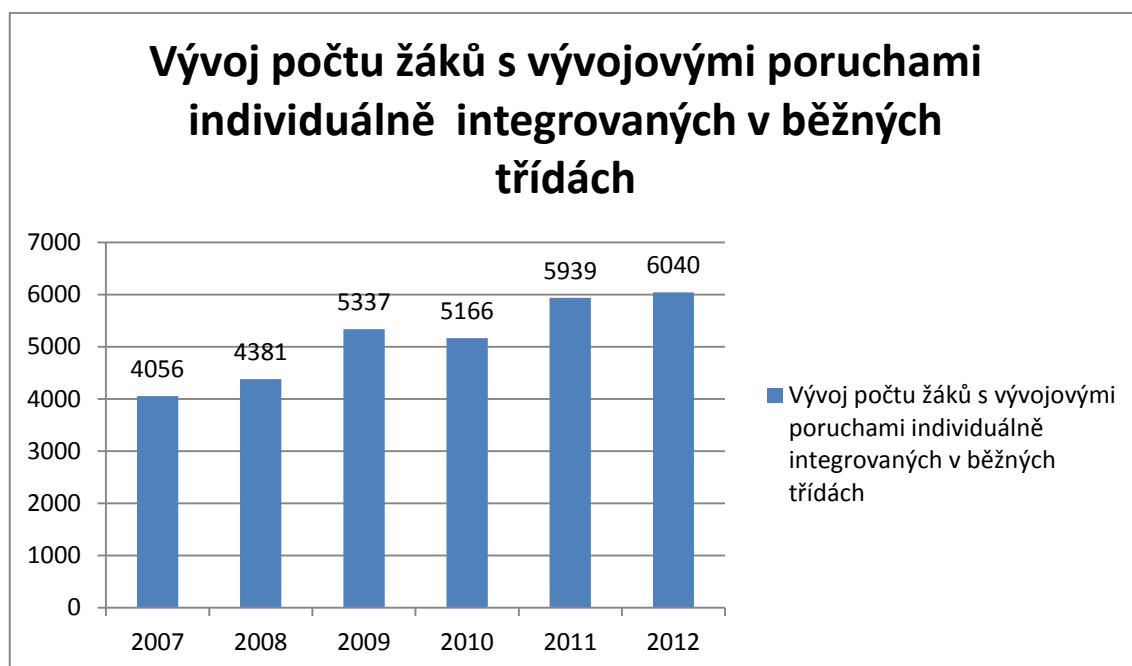
**VÝVOJ POČTU ŽÁKŮ S VÝVOJOVÝMI PORUCHAMI UČENÍ NEBO CHOVÁNÍ
INDIVIDUÁLNĚ INTEGROVANÝCH V BĚŽNÝCH TŘÍDÁCH STŘEDNÍCH
ŠKOL V LETECH 2007 - 2012**

Tabulka č. 20

2007	2008	2009	2010	2011	2012
4056	4381	5337	5166	5939	6040

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 20



Tabulka a graf znázorňují vývoj počtu žáků s vývojovými poruchami učení a chování individuálně integrovaných v běžných třídách středních škol v letech 2007 – 2012, z čehož je patrný nárůst těchto žáků od roku 2007 do roku 2012 umístěných v běžných třídách. Tento nárůst souvisí s možností integrace a inkluze žáků.

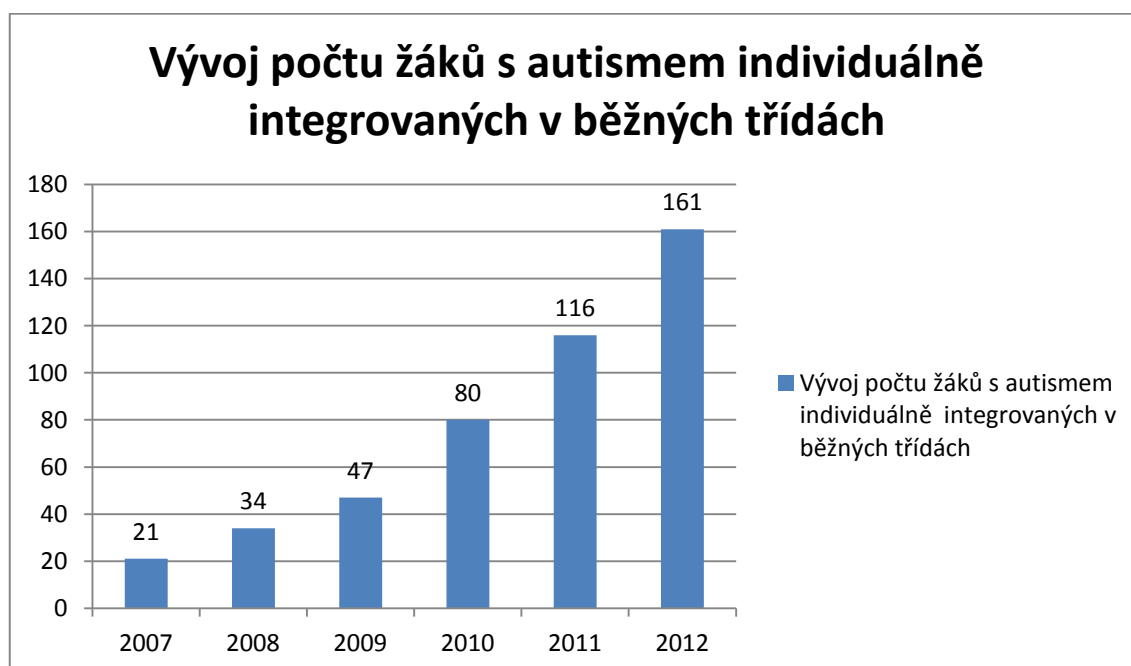
VÝVOJ POČTU ŽÁKŮ S AUTISMEM INDIVIDUÁLNĚ INTEGROVANÝCH V BĚŽNÝCH TŘÍDÁCH STŘEDNÍCH ŠKOL V LETECH 2007 - 2012

Tabulka č. 21

2007	2008	2009	2010	2011	2012
21	34	47	80	116	161

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 21



Tabulka a graf znázorňují vývoj počtu žáků s autismem individuálně integrovaných v běžných třídách středních škol v letech 2007 – 2012, z čehož je patrný nárůst těchto žáků od roku 2007 do roku 2012 umístěných v běžných třídách. Tento nárůst souvisí s možností integrace a inkluze žáků.

6.6 Žáci se zdravotním postižením ve středních školách podle zřizovatele

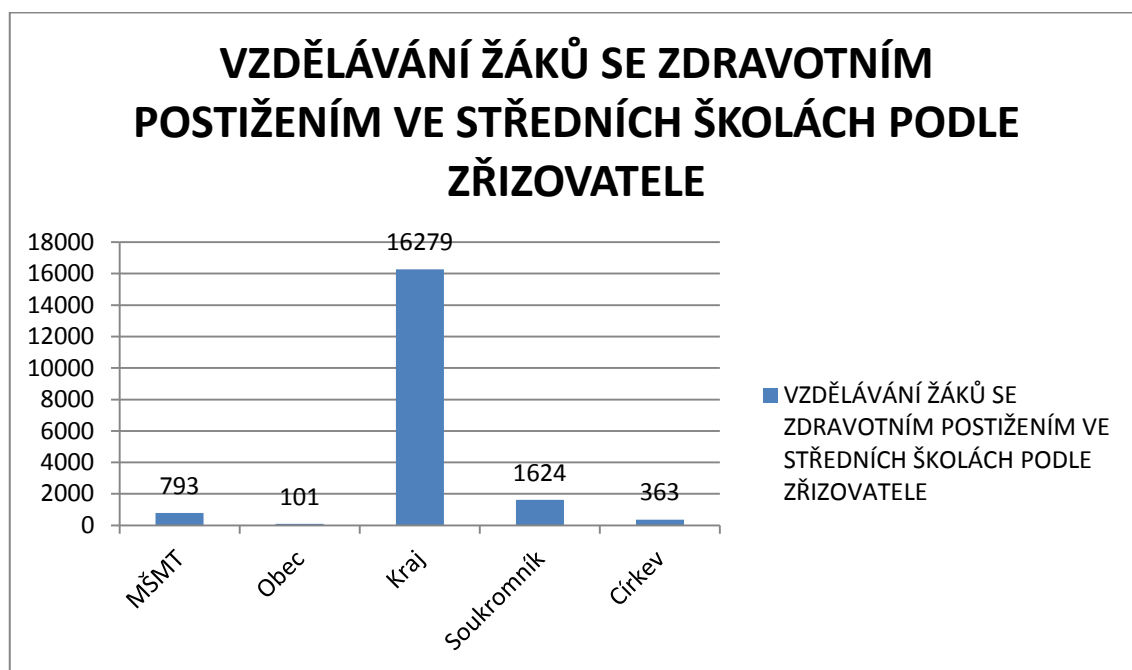
VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH PODLE ZŘIZOVATELE – K 30. 9. 2012

Tabulka č. 22

Celkem	19160
MŠMT	793
Obec	101
Kraj	16279
Soukromník	1624
Církev	363

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 22



Tabulka a graf o vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách podle zřizovatele k datu 30. 9. 2012 znázorňují, že nejvyšší počet žáků se zdravotním postižením se vzdělává ve středních školách zřizovaných krajem – tj. 16 279 a nejméně se těchto žáků vzdělává ve středních školách, kdy zřizovatelem je církev – tj. 363 žáků a zejména obec – tj. 101 žák.

VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH PODLE ZŘIZOVATELE – MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY K 30. 9. 2012

Tabulka č. 23

Celkem	793
žáci s mentálním postižením	176
žáci se sluchovým postižením	123
žáci s vadami řeči	8
žáci se zrakovým postižením	56
žáci s tělesným postižením	68
žáci s více vadami	118
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	226
žáci s autismem	18

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 23



Tabulka a graf znázorňují přehled vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách zřizovaných Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky k 30. 9. 2012. Celkem se na těchto školách vzdělávají 793 žáci. Výsledné

hodnoty ukazují na maximální zastoupení žáků s vývojovými poruchami učení a žáků s mentálním postižením. Nejnížší počet činí žáci s vadami řeči.

VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH VE SPECIÁLNÍCH TŘÍDÁCH PODLE ZŘIZOVATELE – MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY K 30. 9. 2012

Tabulka č. 24

Celkem	793
žáci s mentálním postižením	176
žáci se sluchovým postižením	123
žáci s vadami řeči	8
žáci se zrakovým postižením	56
žáci s tělesným postižením	68
žáci s více vadami	118
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	226
žáci s autismem	18

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 24



Tabulka a graf znázorňují přehled vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách ve speciálních třídách zřizovaných Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky k 30. 9. 2012. Výsledné hodnoty ukazují na maximální

zastoupení žáků s vývojovými poruchami učení a žáků s mentálním postižením.
Nejnižší počet činí žáci s vadami řeči.

VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH INDIVIDUÁLNĚ INTEGROVANÝCH PODLE ZŘIZOVATELE – MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY K 30. 9. 2012

Tabulka č. 25

Celkem	0
žáci s mentálním postižením	0
žáci se sluchovým postižením	0
žáci s vadami řeči	0
žáci se zrakovým postižením	0
žáci s tělesným postižením	0
žáci s více vadami	0
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	0
žáci s autismem	0

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 25



Tabulka a graf znázorňují přehled vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách individuálně integrovaných v běžných třídách zřizovaných Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky k 30. 9. 2012. Byly vykázány nulové hodnoty.

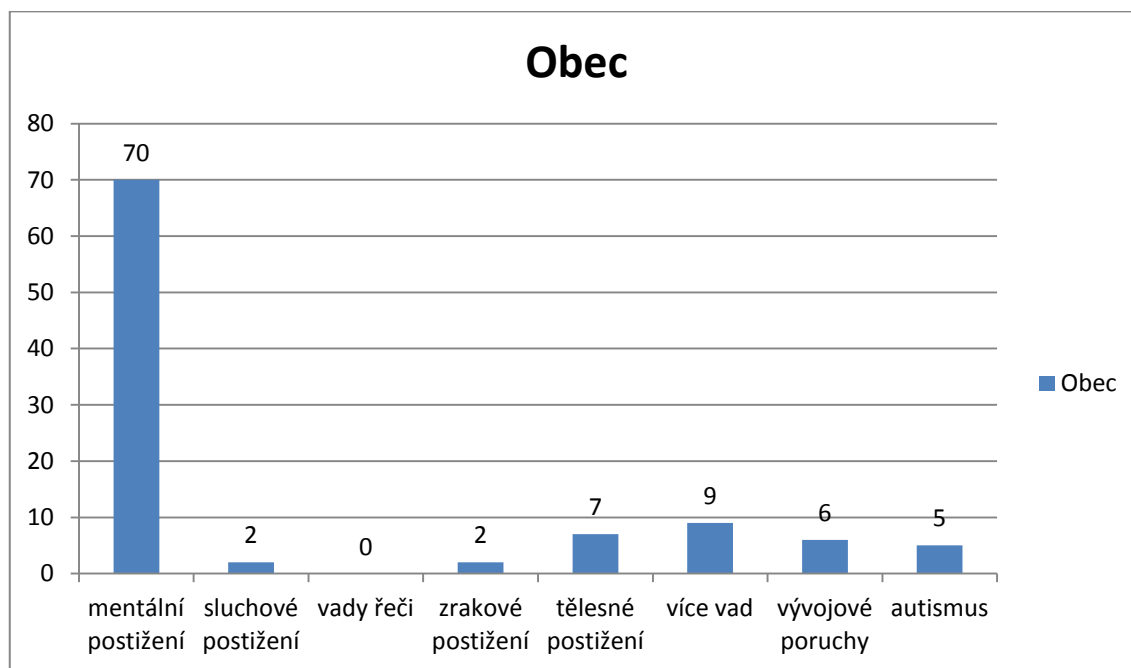
VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH PODLE ZŘIZOVATELE – OBEC K 30. 9. 2012

Tabulka č. 26

Celkem	101
žáci s mentálním postižením	70
žáci se sluchovým postižením	2
žáci s vadami řeči	0
žáci se zrakovým postižením	2
žáci s tělesným postižením	7
žáci s více vadami	9
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	6
žáci s autismem	5

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 26



Tabulka a graf znázorňují přehled vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách zřizovaných obcí k 30. 9. 2012. Celkem se na těchto školách vzdělává 101 žák. Nejvyšší zastoupení mají žáci s mentálním postižením – celkem 70, velmi nízké zastoupení mají žáci se sluchovým a zrakovým postižením – celkem vždy 2 žáci. Nulové zastoupení vykazují žáci s vadami řeči.

VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH VE SPECIÁLNÍCH TŘÍDÁCH PODLE ZŘIZOVATELE – OBEC

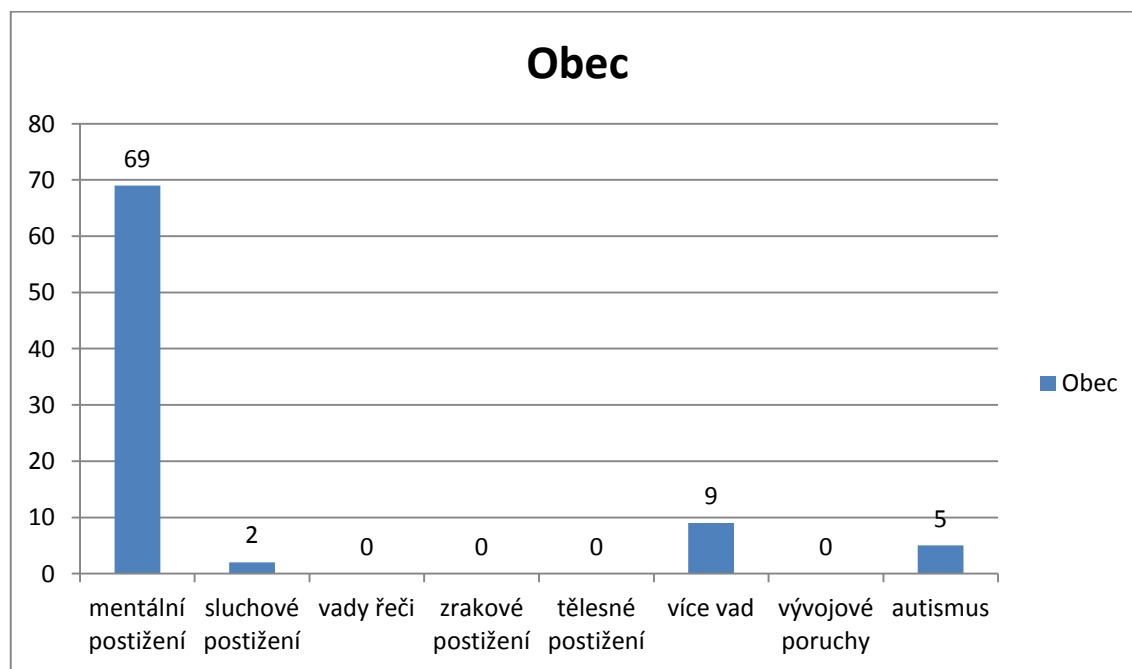
K 30. 9. 2012

Tabulka č. 27

Celkem	85
žáci s mentálním postižením	69
žáci se sluchovým postižením	2
žáci s vadami řeči	0
žáci se zrakovým postižením	0
žáci s tělesným postižením	0
žáci s více vadami	9
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	0
žáci s autismem	5

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 27



Tabulka a graf znázorňují přehled vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách ve speciálních třídách zřizovaných obcí k 30. 9. 2012. Celkem se v těchto speciálních třídách vzdělává 85 žáků. Nejvyšší zastoupení mají žáci

s mentálním postižením – celkem 69, nulové hodnoty vykazuje zastoupení žáků s vadami řeči, zrakovým postižením, tělesným postižením a vývojovými poruchami.

VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH INDIVIDUÁLNĚ INTEGROVANÝCH PODLE ZŘIZOVATELE – OBEC

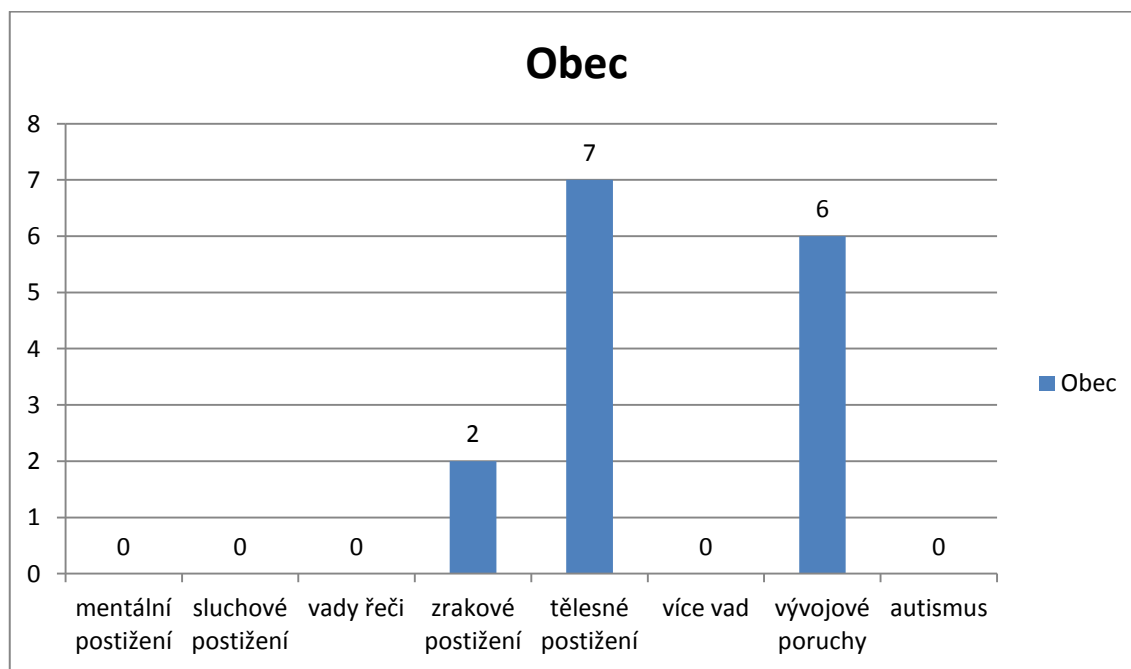
K 30. 9. 2012

Tabulka č. 28

Celkem	16
žáci s mentálním postižením	0
žáci se sluchovým postižením	0
žáci s vadami řeči	0
žáci se zrakovým postižením	2
žáci s tělesným postižením	7
žáci s více vadami	0
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	6
žáci s autismem	0

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 28



Tabulka a graf znázorňují přehled vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách individuálně integrovaných v běžných třídách zřizovaných obcí k 30. 9. 2012. Celkem se v těchto běžných třídách vzdělává 16 žáků. Nejvyšší zastoupení

mají žáci s tělesným postižením – celkem 7, nulové hodnoty vykazuje zastoupení žáků s vadami řeči, zrakovým postižením, tělesným postižením a vývojovými poruchami.

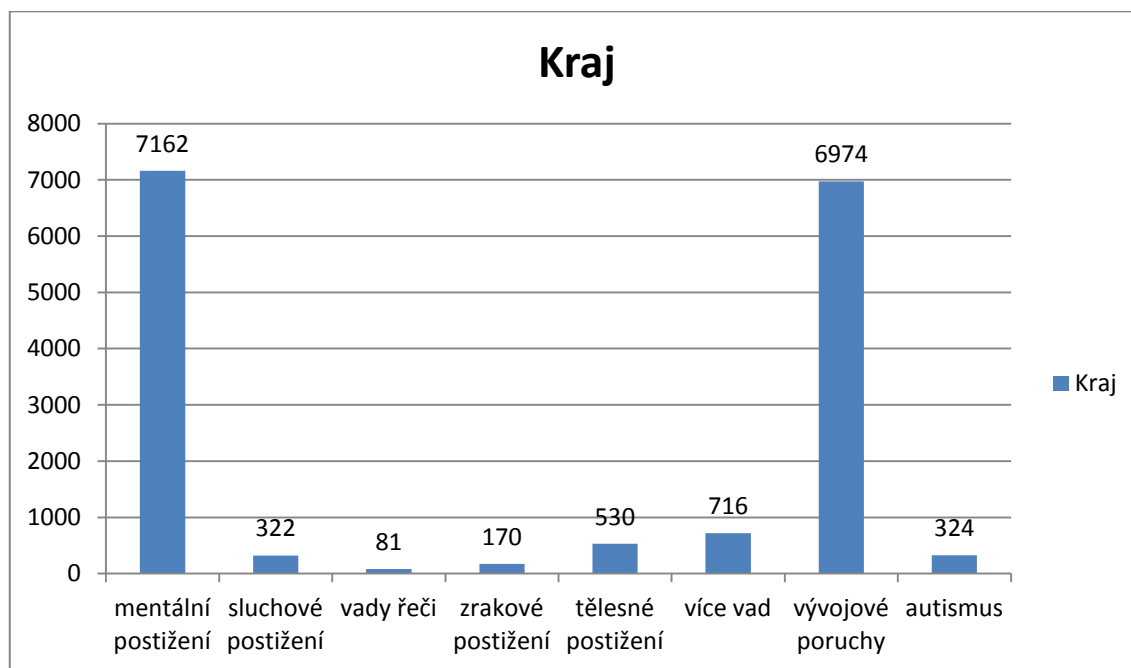
VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH PODLE ZŘIZOVATELE – KRAJ K 30. 9. 2012

Tabulka č. 29

Celkem	16279
žáci s mentálním postižením	7162
žáci se sluchovým postižením	322
žáci s vadami řeči	81
žáci se zrakovým postižením	170
žáci s tělesným postižením	530
žáci s více vadami	716
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	6974
žáci s autismem	324

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 29



Tabulka a graf znázorňují přehled vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách zřizovaných krajem k 30. 9. 2012. Celkem se na těchto školách vzdělává 16 279 žáků. Nejvyšší zastoupení mají žáci s mentálním postižením – celkem 7162 a žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování – celkem 6974, velmi nízké zastoupení mají žáci s vadami řeči – celkem 81.

VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH VE SPECIÁLNÍCH TŘÍDÁCH PODLE ZŘIZOVATELE – KRAJ

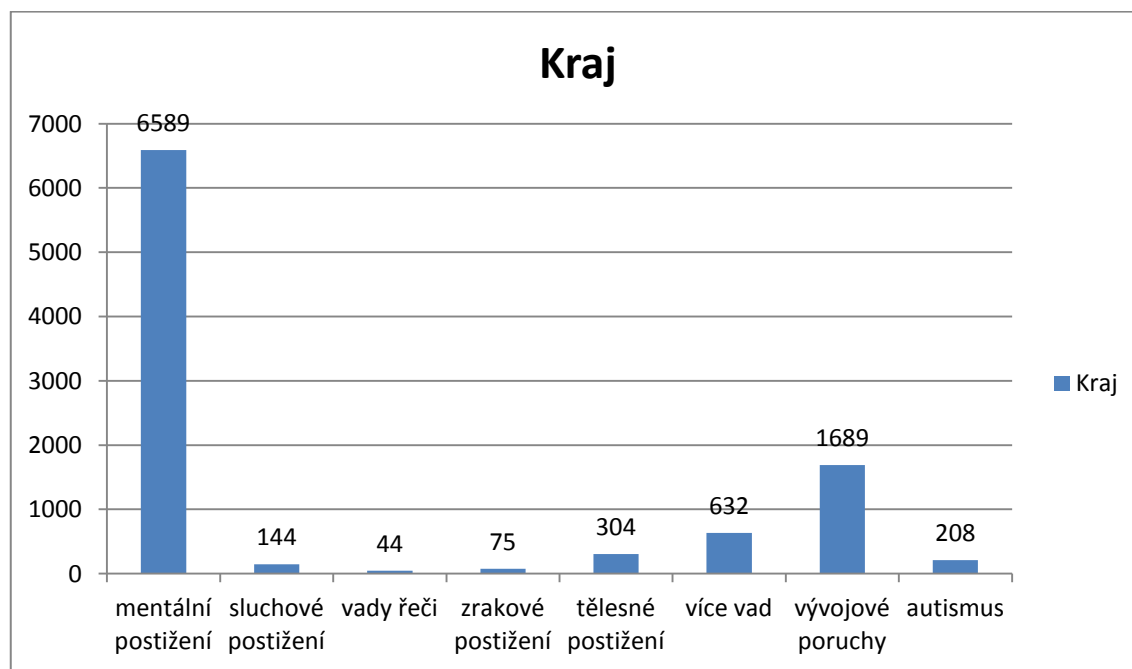
K 30. 9. 2012

Tabulka č. 30

Celkem	9685
žáci s mentálním postižením	6589
žáci se sluchovým postižením	144
žáci s vadami řeči	44
žáci se zrakovým postižením	75
žáci s tělesným postižením	304
žáci s více vadami	632
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	1689
žáci s autismem	208

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 30



Tabulka a graf znázorňují přehled vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách ve speciálních třídách zřizovaných krajem k 30. 9. 2012. Celkem se v těchto speciálních třídách vzdělává 9 685 žáků. Nejvyšší zastoupení mají žáci s mentálním postižením – celkem 6 589, nejnižší hodnoty vykazují žáci s vadami řeči.

VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH INDIVIDUÁLNĚ INTEGROVANÝCH PODLE ZŘIZOVATELE – KRAJ

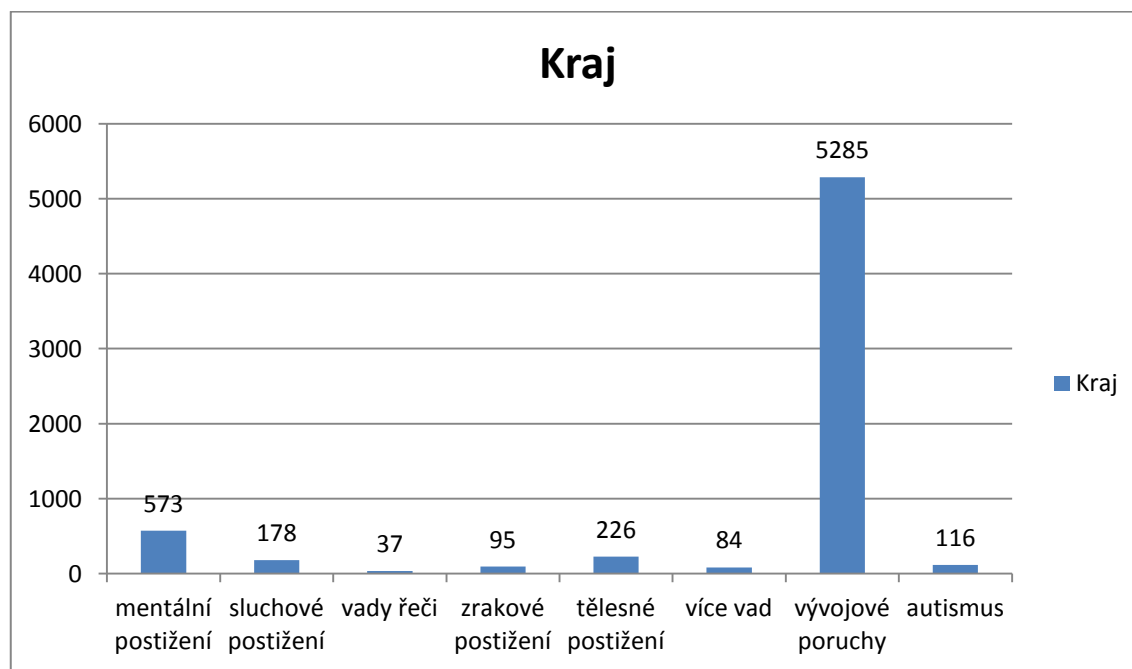
K 30. 9. 2012

Tabulka č. 31

Celkem	6594
žáci s mentálním postižením	573
žáci se sluchovým postižením	178
žáci s vadami řeči	37
žáci se zrakovým postižením	95
žáci s tělesným postižením	226
žáci s více vadami	84
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	5285
žáci s autismem	116

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 31



Tabulka a graf znázorňují přehled vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách individuálně integrovaných v běžných třídách zřizovaných krajem k 30. 9. 2012. Celkem se v těchto běžných třídách vzdělává 6 594 žáků. Nejvyšší zastoupení, zcela logicky, mají žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování.

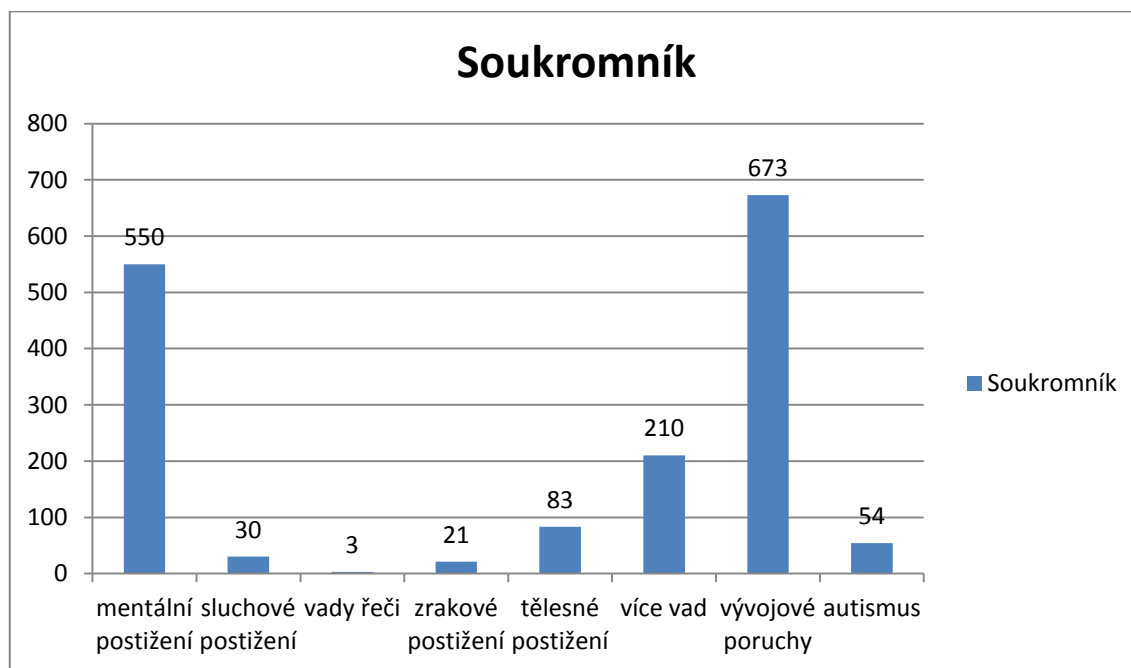
VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH PODLE ZŘIZOVATELE – SOUKROMNÍK K 30. 9. 2012

Tabulka č. 32

Celkem	1624
žáci s mentálním postižením	550
žáci se sluchovým postižením	30
žáci s vadami řeči	3
žáci se zrakovým postižením	21
žáci s tělesným postižením	83
žáci s více vadami	210
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	673
žáci s autismem	54

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 32



Tabulka a graf znázorňují přehled vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách zřizovaných soukromou právnickou nebo fyzickou osobou k 30. 9. 2012. Celkem se na těchto školách vzdělávají 1 624 žáci. Nejvyšší zastoupení mají žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování – celkem 673 a žáci s mentálním postižením – celkem 550, velmi nízké zastoupení mají žáci s vadami řeči – celkem 3.

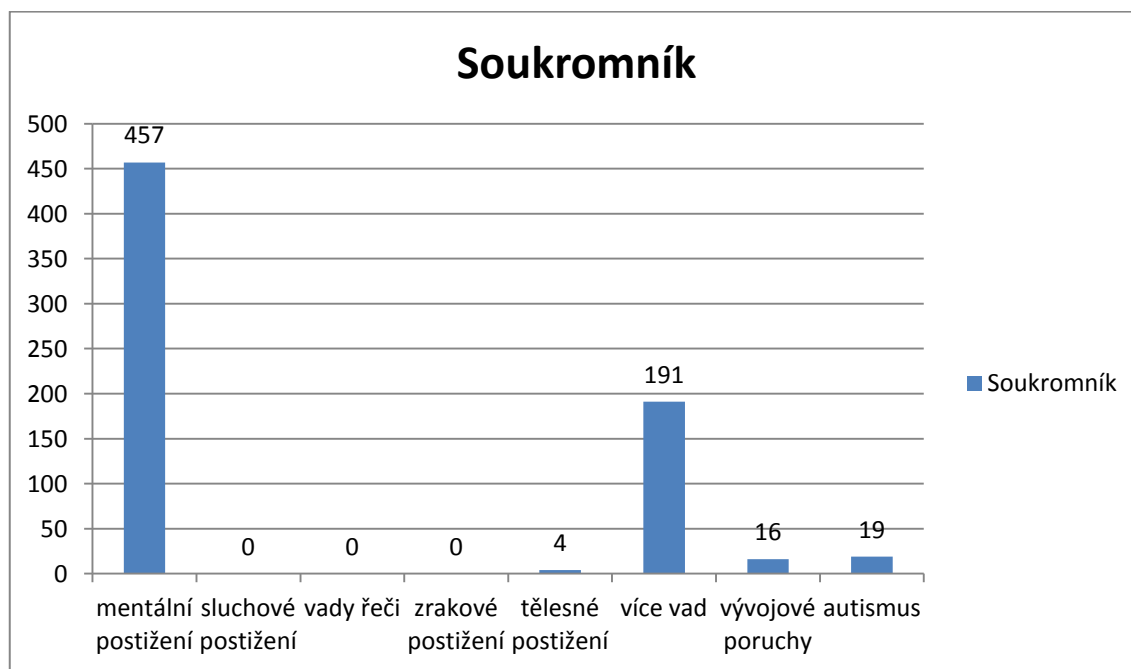
**VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE STŘEDNÍCH
ŠKOLÁCH VE SPECIÁLNÍCH TŘÍDÁCH
PODLE ZŘIZOVATELE – SOUKROMNÍK K 30. 9. 2012**

Tabulka č. 33

Celkem	687
žáci s mentálním postižením	457
žáci se sluchovým postižením	0
žáci s vadami řeči	0
žáci se zrakovým postižením	0
žáci s tělesným postižením	4
žáci s více vadami	191
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	16
žáci s autismem	19

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 33



Tabulka a graf znázorňují přehled vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách ve speciálních třídách zřizovaných soukromou fyzickou nebo právnickou osobou k 30. 9. 2012. Celkem se v těchto speciálních třídách vzdělává 687

žáků. Nejvyšší zastoupení mají žáci s mentálním postižením – celkem 457, nulové hodnoty vykazují žáci s vadami řeči, sluchovým a zrakovým postižením.

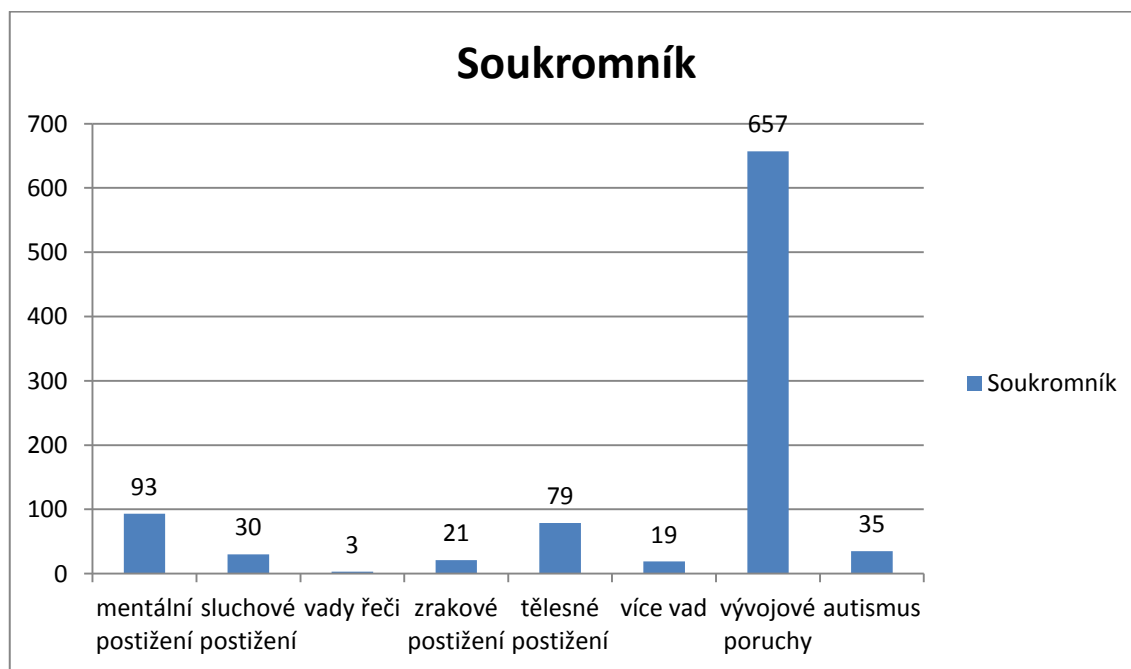
VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE STŘEDNÍCH
ŠKOLÁCH INDIVIDUÁLNĚ INTEGROVANÝCH
PODLE ZŘIZOVATELE – SOUKROMNÍK K 30. 9. 2012

Tabulka č. 34

Celkem	937
žáci s mentálním postižením	93
žáci se sluchovým postižením	30
žáci s vadami řeči	3
žáci se zrakovým postižením	21
žáci s tělesným postižením	79
žáci s více vadami	19
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	657
žáci s autismem	35

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 34



Tabulka a graf znázorňují přehled vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách individuálně integrovaných v běžných třídách zřizovaných soukromou právnickou nebo fyzickou osobou k 30. 9. 2012. Celkem se v těchto

běžných třídách vzdělává 937 žáků. Nejvyšší zastoupení, zcela logicky, mají žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování – celkem 657.

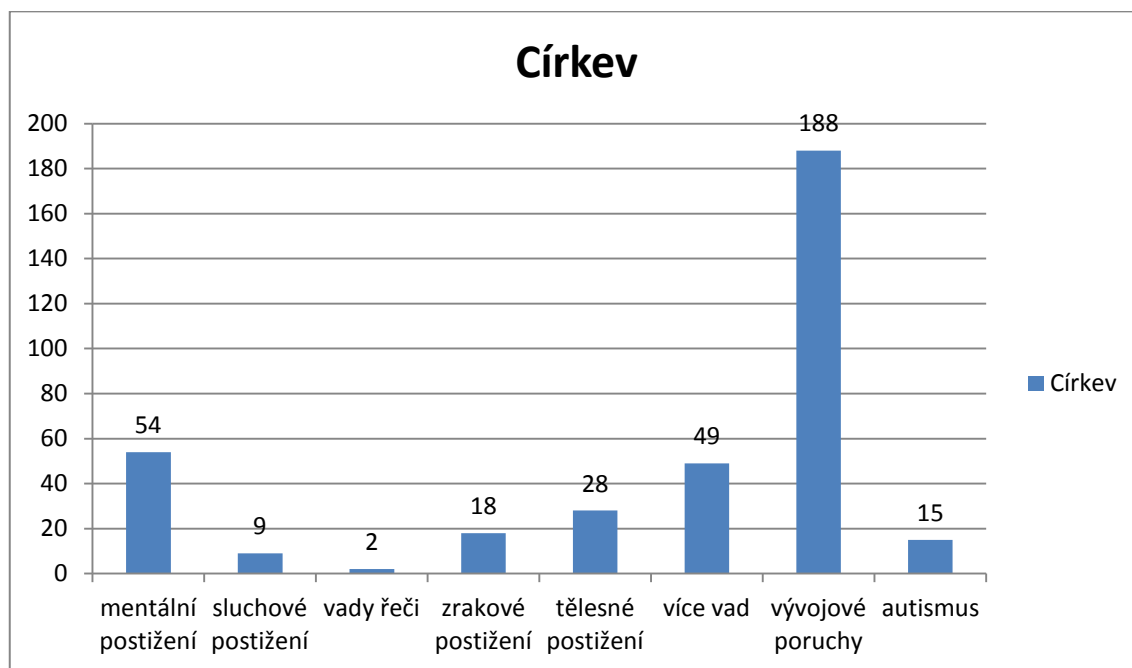
VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH PODLE ZŘIZOVATELE – CÍRKEV K 30. 9. 2012

Tabulka č. 35

Celkem	363
žáci s mentálním postižením	54
žáci se sluchovým postižením	9
žáci s vadami řeči	2
žáci se zrakovým postižením	18
žáci s tělesným postižením	28
žáci s více vadami	49
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	188
žáci s autismem	15

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 35



Tabulka a graf znázorňují přehled vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách zřizovaných církví k 30. 9. 2012. Celkem se na těchto školách vzdělávají 363 žáci. Nejvyšší zastoupení mají žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování – celkem 188, velmi nízké zastoupení mají žáci s vadami řeči – celkem 2.

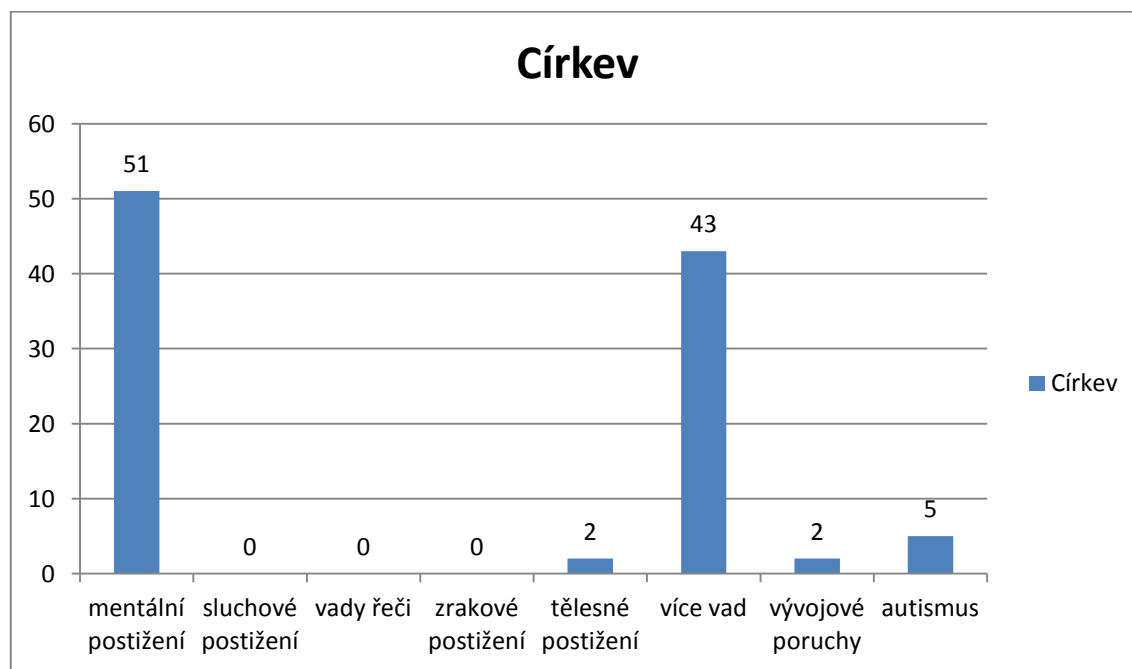
**VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE STŘEDNÍCH
ŠKOLÁCH VE SPECIÁLNÍCH TŘÍDÁCH
PODLE ZŘIZOVATELE – CÍRKEV K 30. 9. 2012**

Tabulka č. 36

Celkem	103
žáci s mentálním postižením	51
žáci se sluchovým postižením	0
žáci s vadami řeči	0
žáci se zrakovým postižením	0
žáci s tělesným postižením	2
žáci s více vadami	43
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	2
žáci s autismem	5

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 36



Tabulka a graf znázorňují přehled vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách ve speciálních třídách zřizovaných církví k 30. 9. 2012. Celkem se v těchto třídách vzdělávají 103 žáci. Nejvyšší zastoupení mají žáci s mentálním

postižením – celkem 51, nulové hodnoty vykazují žáci s vadami řeči, sluchovým, zrakovým postižením.

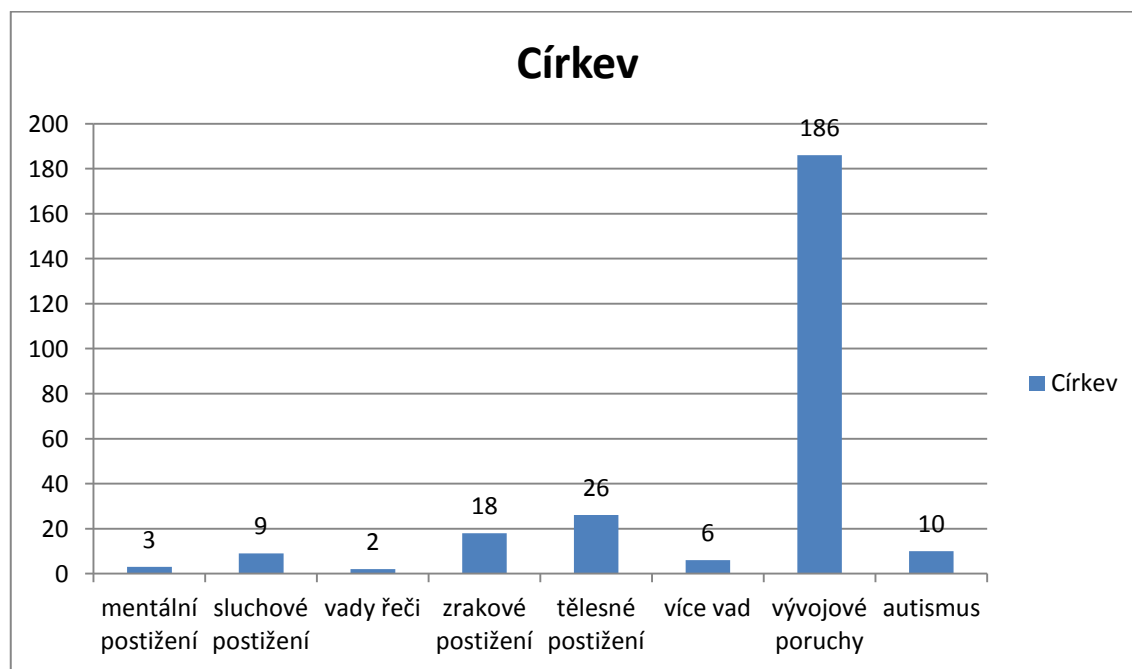
VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE STŘEDNÍCH
ŠKOLÁCH INDIVIDUÁLNĚ INTEGROVANÝCH
PODLE ZŘIZOVATELE – CÍRKEV K 30. 9. 2012

Tabulka č. 37

Celkem	260
žáci s mentálním postižením	3
žáci se sluchovým postižením	9
žáci s vadami řeči	2
žáci se zrakovým postižením	18
žáci s tělesným postižením	26
žáci s více vadami	6
žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování	186
žáci s autismem	10

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 37



Tabulka a graf znázorňují přehled vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách individuálně integrovaných v běžných třídách zřizovaných církví k 30. 9. 2012. Celkem se v těchto běžných třídách vzdělává 260 žáků. Nejvyšší

zastoupení, zcela logicky, mají žáci s vývojovými poruchami učení nebo chování – celkem 186.

6.7 Analýza krajských normativů oboru vzdělání 65-51-E/01
Stravovací a ubytovací služby

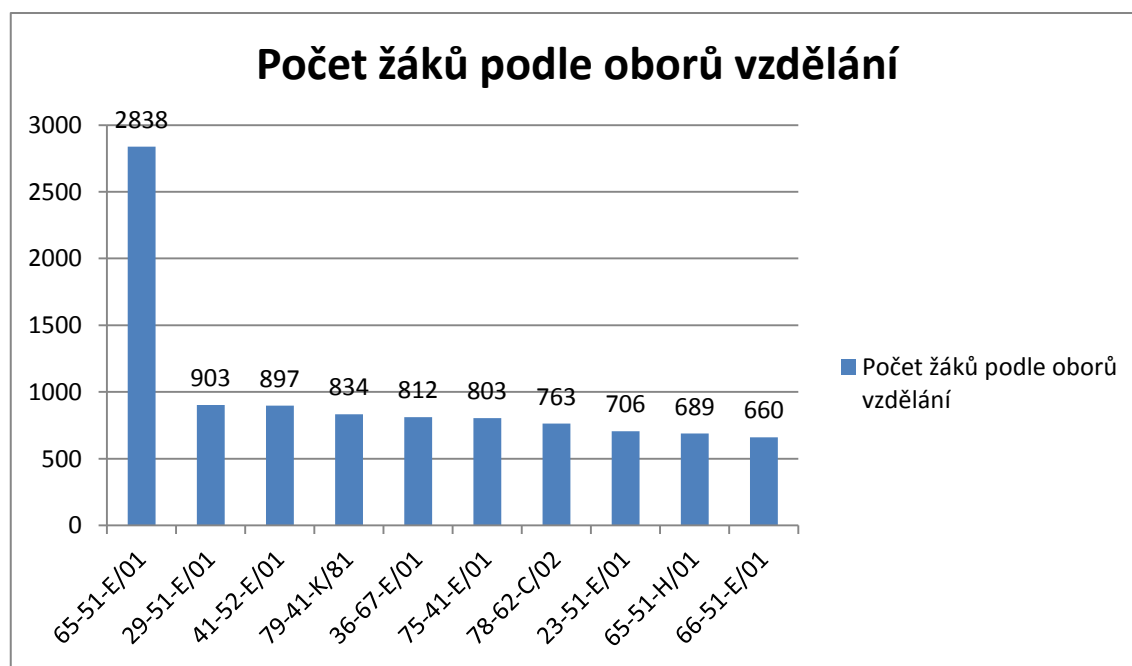
POČET ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM PODLE OBORŮ VZDĚLÁNÍ

Tabulka č. 38

Obor vzdělání	Počet žáků
65-51-E/01	2838
29-51-E/01	903
41-52-E/01	897
79-41-K/81	834
36-67-E/01	812
75-41-E/01	803
78-62-C/02	763
23-51-E/01	706
65-51-H/01	689
66-51-E/01	660

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 38



Z celkového přehledu a grafu je patrné, že se ve středních školách v České republice k datu 30. 9. 2012 vzdělávalo nejvíce žáků se zdravotním postižením v oboru vzdělání 65-51-E/01 Stravovací a ubytovací služby.

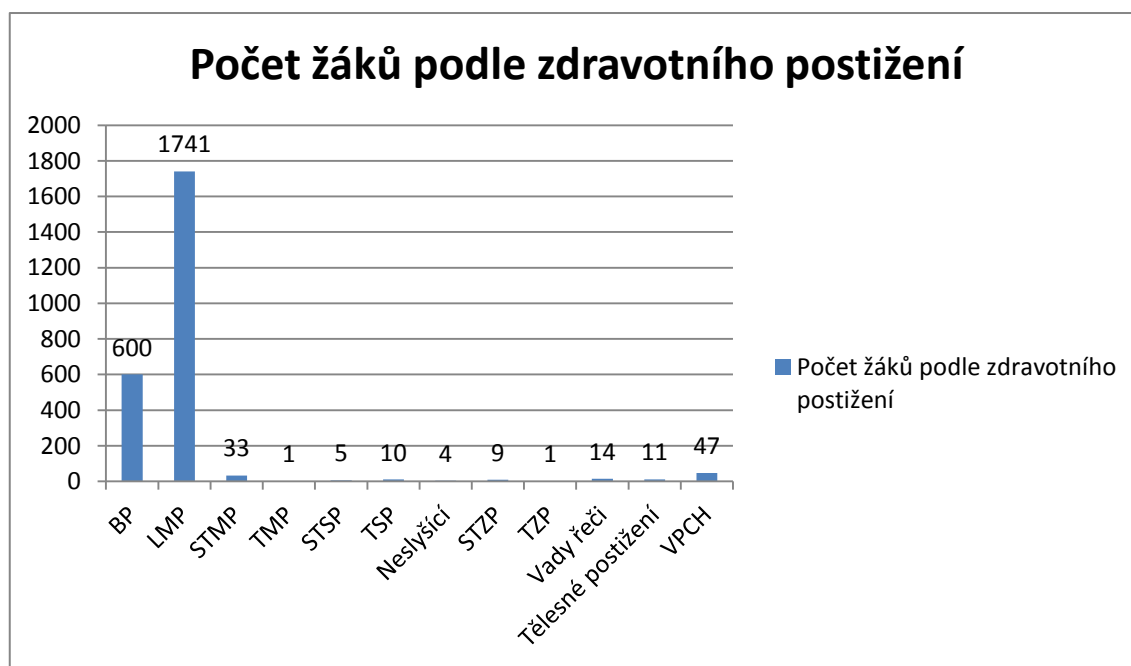
**POČET ŽÁKŮ PODLE DRUHU ZDRAVOTNÍHO POPSTIŽENÍ V OBORU
VZDĚLÁNÍ 65-51-E/01 STRAVOVACÍ A UBYTOVACÍ SLUŽBY**

Tabulka č. 39

Druh zdravotního postižení	Počet žáků
Bez zdravotního postižení (BP)	600
Lehké mentální postižení (LMP)	1741
Středně těžké mentální postižení (STMP)	33
Těžké mentální postižení (TMP)	1
Středně těžké sluchové postižení (STSP)	5
Těžké sluchové postižení (TSP)	10
Neslyšící	4
Středně těžké zrakové postižení (STZP)	9
Těžké zrakové postižení (TZP)	1
Vady řeči	14
Tělesné postižení	11
Vývojové poruchy chování (VPCH)	47
Vývojové poruchy učení (VPU)	350
Autisté	12

Zdroj: Databáze MŠMT

Graf č. 39



Z celkového přehledu a grafu je patrné, že se k datu 30. 9. 2012 v oboru vzdělání 65-51-E/01 Stravovací a ubytovací služby vzdělávalo nejvíce žáků s lehkým mentálním postižením.

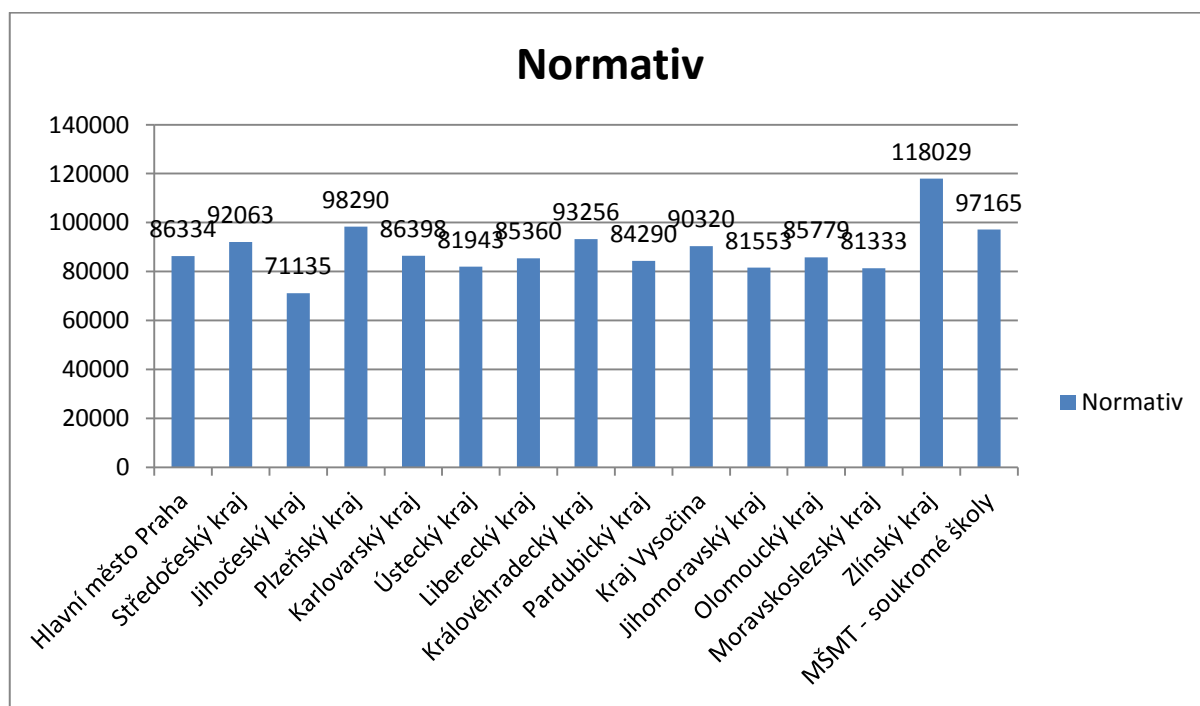
**NORMATIV OBORU VZDĚLÁNÍ 65-51-E/01 STRAVOVACÍ A UBYTOVACÍ
SLUŽBY NA JEDNOHO ŽÁKA S LEHKÝM MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM PODLE
KRAJŮ a MŠMT 2014**

Tabulka č. 40

Hlavní město Praha	86 334,- Kč
Středočeský kraj	92 063,- Kč
Jihočeský kraj	71 135,- Kč
Plzeňský kraj	98 290,- Kč
Karlovarský kraj	86 398,- Kč
Ústecký kraj	81 943,- Kč
Liberecký kraj	85 360,- Kč
Královéhradecký kraj	93 256,- Kč
Pardubický kraj	84 290,- Kč
Kraj Vysočina	90 320,- Kč
Jihomoravský kraj	81 553,- Kč
Olomoucký kraj	85 779,- Kč
Moravskoslezský kraj	81 333,- Kč
Zlínský kraj	118 029,- Kč
MŠMT – soukromé školy	97 165,- Kč

Zdroj: webové stránky KÚ

Graf č. 40



Tabulka a graf znázorňují přehled o krajských normativech oboru vzdělávání 65-51-E/01 na rok 2014. Je zcela zjevné, že výpočet normativu oboru vzdělání Stravovací a ubytovací služby podle krajů a MŠMT se zejména ve Zlínském kraji vymyká, částka 118 029,- Kč je příliš vysoká. Srovnání normativu ze Zlínského a Jihočeského kraje je příliš disproportní.

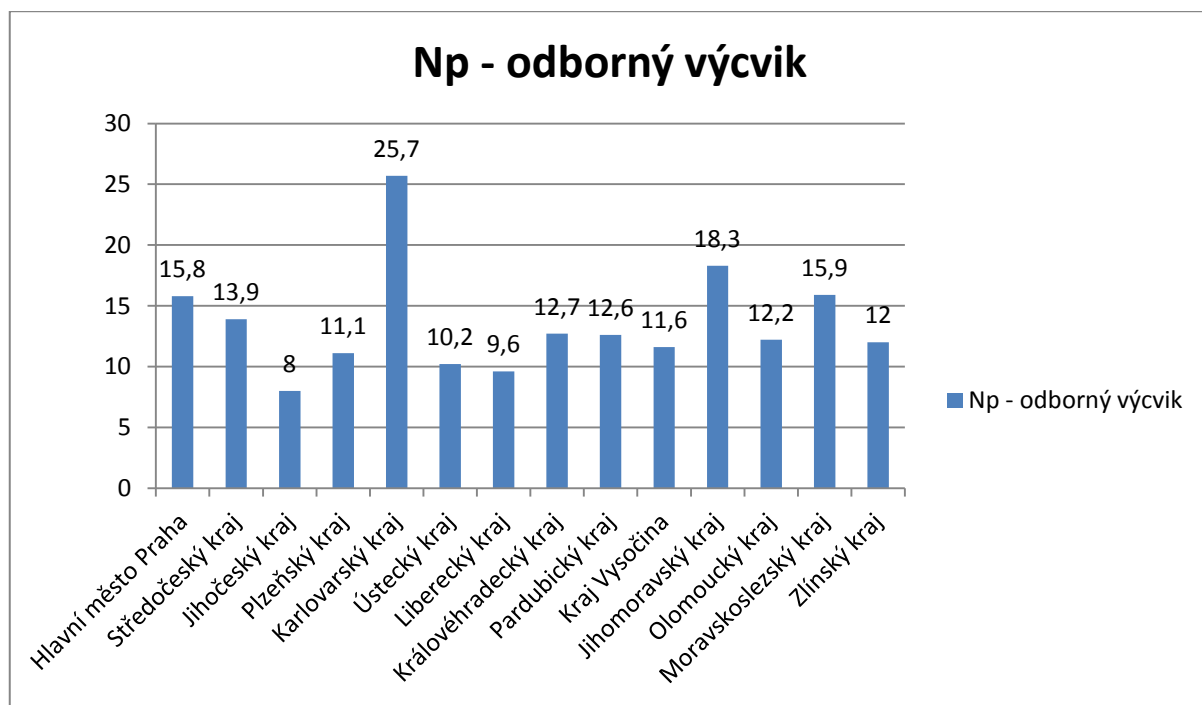
HODNOTA Np – ODBORNÝ VÝCVIK OBORU VZDĚLÁNÍ 65-51-E/01
STRAVOVACÍ A UBYTOVACÍ SLUŽBY NA JEDNOHO ŽÁKA S LEHKÝM
MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM PODLE KRAJŮ 2014

Tabulka č. 41

Kraj	Hodnota Np
Hlavní město Praha	15,8
Středočeský kraj	13,9
Jihočeský kraj	8,0
Plzeňský kraj	11,1
Karlovarský kraj	25,7
Ústecký kraj	10,2
Liberecký kraj	9,6
Královéhradecký kraj	12,7
Pardubický kraj	12,6
Kraj Vysočina	11,6
Jihomoravský kraj	18,3
Olomoucký kraj	12,2
Moravskoslezský kraj	15,9
Zlínský kraj	12,0

Zdroj: webové stránky KÚ

Graf č. 41



Tabulka a graf znázorňují přehled o hodnotách Np – odborný výcvik u krajských normativů oboru vzdělávání 65-51-E/01 na rok 2014. Hodnota Np je průměrný počet jednotek výkonů (žáků) připadajícího na 1 pedagogického pracovníka. Nejvyšší je hodnota Np v Karlovarském kraji – 25, 7 a nejnižší v kraji Jihočeském 8.

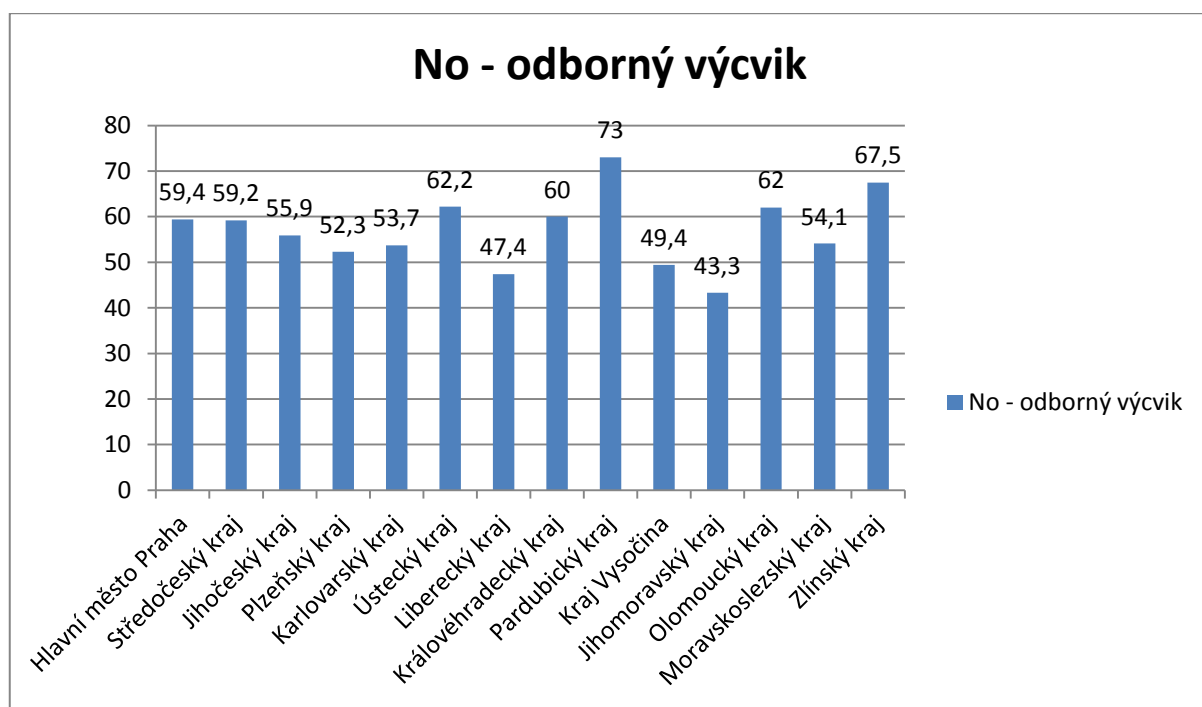
HODNOTA No – ODBORNÝ VÝCVIK OBORU VZDĚLÁNÍ 65-51-E/01
STRAVOVACÍ A UBYTOVACÍ SLUŽBY NA JEDNOHO ŽÁKA S LEHKÝM
MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM PODLE KRAJŮ 2014

Tabulka č. 42

Kraj	Hodnota No
Hlavní město Praha	59,4
Středočeský kraj	59,2
Jihočeský kraj	55,9
Plzeňský kraj	52,3
Karlovarský kraj	53,7
Ústecký kraj	62,2
Liberecký kraj	47,4
Královéhradecký kraj	60,0
Pardubický kraj	73,0
Kraj Vysočina	49,4
Jihomoravský kraj	43,3
Olomoucký kraj	62,0
Moravskoslezský kraj	54,1
Zlínský kraj	67,5

Zdroj: webové stránky KÚ

Graf č. 42



Tabulka a graf znázorňují přehled o hodnotách No – odborný výcvik u krajských normativů oboru vzdělávání 65-51-E/01 na rok 2014. Hodnota No je průměrný počet jednotek výkonů (žáků) připadajícího na 1 nepedagogického pracovníka. Nejvyšší je hodnota No v Pardubickém kraji – 73 a nejnižší v kraji Jihomoravském - 43,3.

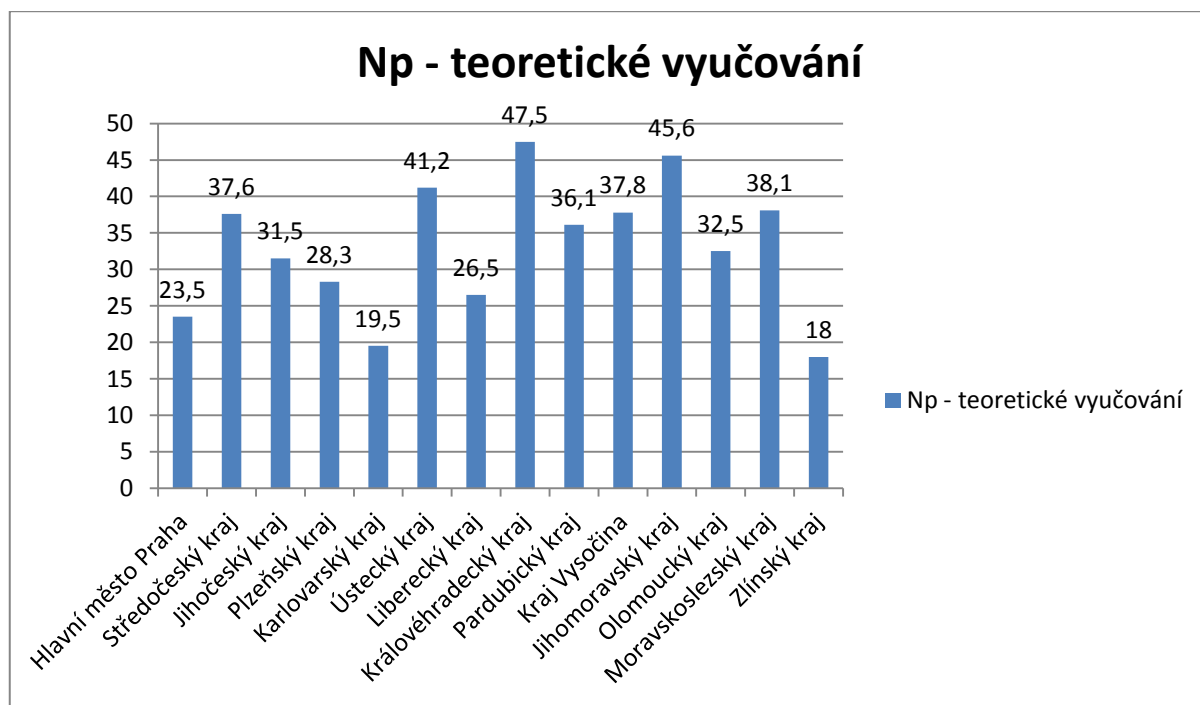
**HODNOTA N_p – TEORETICKÉ VYUČOVÁNÍ OBORU VZDĚLÁNÍ 65-51-E/01
STRAVOVACÍ A UBYTOVACÍ SLUŽBY NA JEDNOHO ŽÁKA S LEHKÝM
MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM PODLE KRAJŮ 2014**

Tabulka č. 43

Kraj	Hodnota N _p
Hlavní město Praha	23,5
Středočeský kraj	37,6
Jihočeský kraj	31,5
Plzeňský kraj	28,3
Karlovarský kraj	19,5
Ústecký kraj	41,2
Liberecký kraj	26,5
Královéhradecký kraj	47,5
Pardubický kraj	36,1
Kraj Vysočina	37,8
Jihomoravský kraj	45,6
Olomoucký kraj	32,5
Moravskoslezský kraj	38,1
Zlínský kraj	18,0

Zdroj: webové stránky KÚ

Graf č. 43



Tabulka a graf znázorňují přehled o hodnotách Np – teoretické vyučování u krajských normativů oboru vzdělávání 65-51-E/01 na rok 2014. Hodnota Np je průměrný počet jednotek výkonů (žáků) připadajícího na 1 pedagogického pracovníka. Nejvyšší je hodnota Np v Královéhradeckém kraji – 47,5 a nejnižší v kraji Zlínském 18.

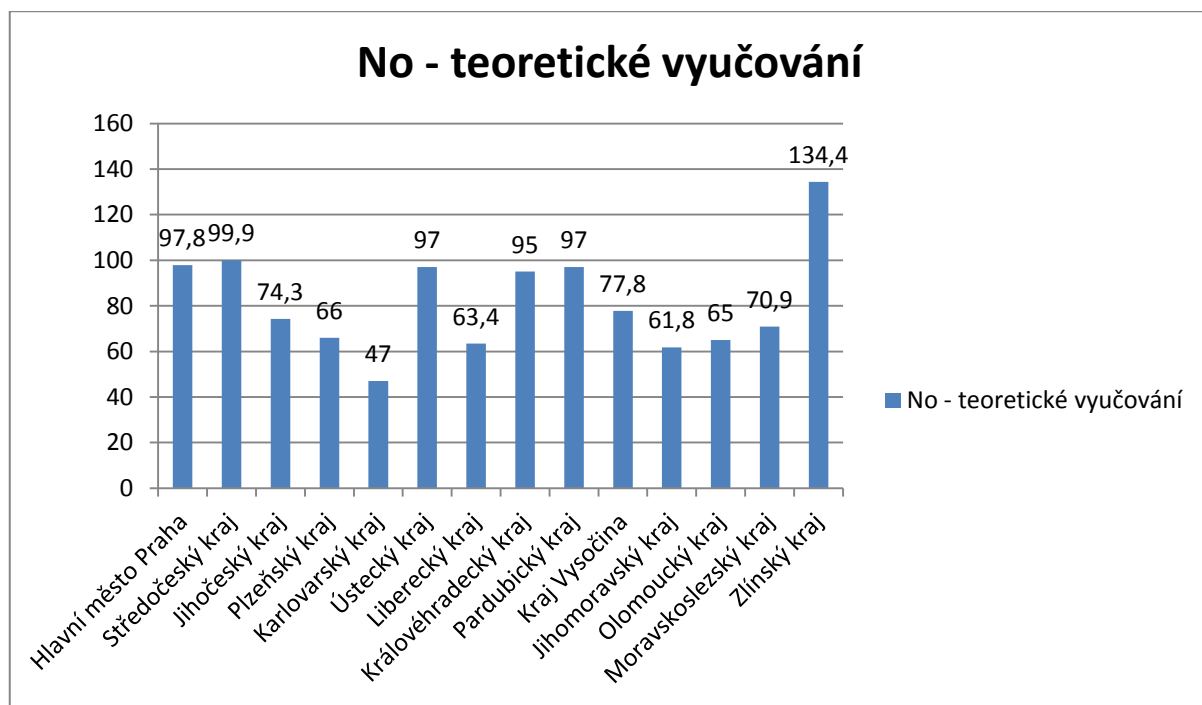
**HODNOTA No – TEORETICKÉ VYUČOVÁNÍ OBORU VZDĚLÁNÍ 65-51-E/01
STRAVOVACÍ A UBYTOVACÍ SLUŽBY NA JEDNOHO ŽÁKA S LEHKÝM
MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM PODLE KRAJŮ 2014**

Tabulka č. 44

Kraj	Hodnota No
Hlavní město Praha	97,8
Středočeský kraj	99,9
Jihočeský kraj	74,3
Plzeňský kraj	66,0
Karlovarský kraj	47,0
Ústecký kraj	97,0
Liberecký kraj	63,4
Královéhradecký kraj	95,0
Pardubický kraj	97,0
Kraj Vysočina	77,8
Jihomoravský kraj	61,8
Olomoucký kraj	65,0
Moravskoslezský kraj	70,9
Zlínský kraj	134,4

Zdroj: webové stránky KÚ

Graf č. 44



Tabulka a graf znázorňují přehled o hodnotách No – teoretické vzdělávání u krajských normativů oboru vzdělávání 65-51-E/01 na rok 2014. Hodnota No je průměrný počet jednotek výkonů (žáků) připadajícího na 1 nepedagogického pracovníka. Nejvyšší je hodnota No ve Zlínském kraji – 134,4 a nejnižší v kraji Karlovarském 47.

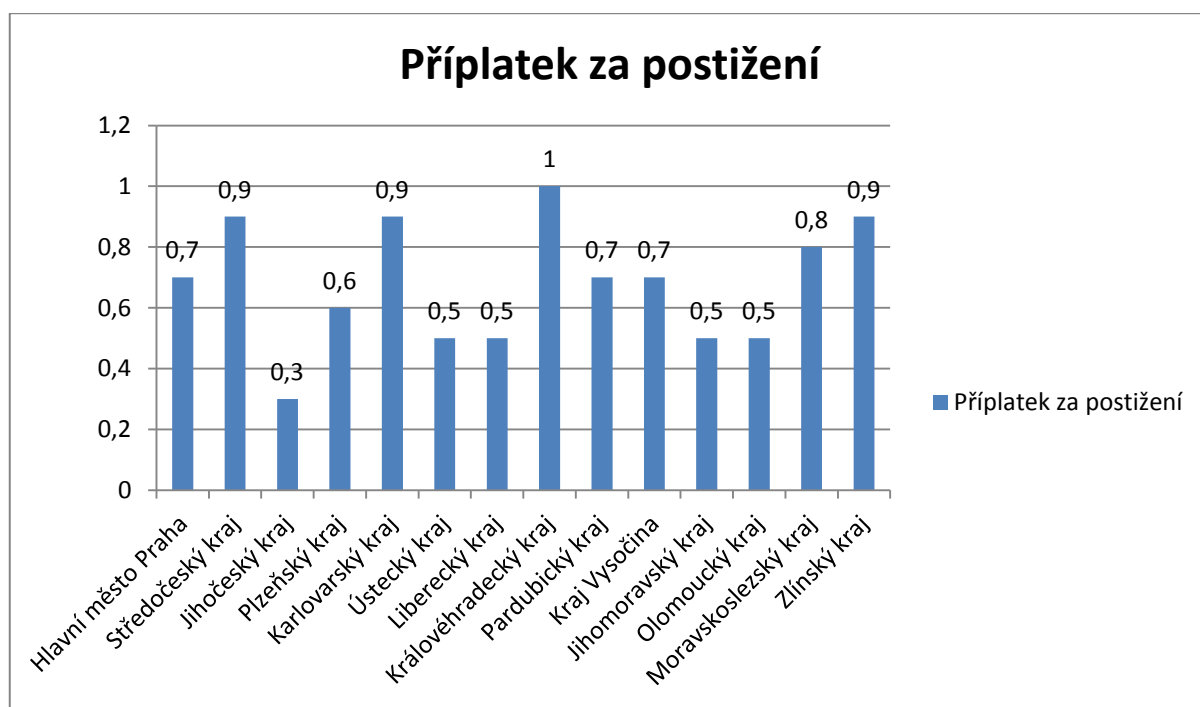
HODNOTA PŘÍPLATKU ZA POSTIŽENÍ OBORU VZDĚLÁNÍ 65-51-E/01
STRAVOVACÍ A UBYTOVACÍ SLUŽBY NA JEDNOHO ŽÁKA S LEHKÝM
MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM PODLE KRAJŮ 2014

Tabulka č. 45

Kraj	Příplatek za postižení
Hlavní město Praha	0,7
Středočeský kraj	0,9
Jihočeský kraj	0,3
Plzeňský kraj	0,6
Karlovarský kraj	0,9
Ústecký kraj	0,5
Liberecký kraj	0,5
Královéhradecký kraj	1,0
Pardubický kraj	0,7
Kraj Vysočina	0,7
Jihomoravský kraj	0,5
Olomoucký kraj	0,5
Moravskoslezský kraj	0,8
Zlínský kraj	0,9

Zdroj: webové stránky KÚ

Graf č. 45



Tabulka a graf znázorňují přehled o hodnotách příplatku za zdravotní postižení u krajských normativů oboru vzdělávání 65-51-E/01 na rok 2014. Příplatek se stanoví na 1 žáka se zdravotním postižením ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením, popřípadě ve třídě zřízené pro žáky se zdravotním postižením nebo pro žáky individuálně integrované v běžné třídě. Příplatek se stanoví ve výši x násobku příslušné základní částky. Nejvyšší příplatek za zdravotní postižení žáka s lehkým mentálním postižením je v Královéhradeckém kraji, Středočeském kraji, Karlovarském kraji a Zlínském kraji 1 – 0,9 násobku příslušné základní částky. Nejnížší hodnota tohoto příplatku je v kraji Jihočeském – 0,3 násobku příslušné základní částky.

Závěr

Diplomová práce se zabývala problematikou financování vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách. Jejím cílem bylo vytvořit ucelený přehled o vzdělávání žáků se zdravotním postižením a porovnat krajské normativy nejrozšířenějšího oboru vzdělání pro žáky se zdravotním postižením vytvořené jednotlivými krajskými úřady. Tento cíl byl jednoznačně splněn.

Pro dosažení cíle byly stanoveny tyto hypotézy:

Hypotéza č 1.: Předpokládám, že se ve středních školách pro žáky se zdravotním postižením vzdělává nejvíce žáků s mentálním postižením (lehkým mentálním postižením).

Tato hypotéza se potvrdila. Z celkového počtu 19 160 žáků se zdravotním postižením, kteří se vzdělávají ve středních školách v České republice, jsou nejvíce zastoupeni žáci s lehkým mentálním postižením – celkem 8 012. Z tohoto počtu se 92 % vzdělávalo ve speciálních školách (třídách).

Hypotéza č. 2: Očekávám, že vývoj počtu žáků se zdravotním postižením ve speciálních třídách ve sledovaném období 2007 – 2012 bude klesající.

Tato hypotéza se potvrdila pouze u žáků s mentálním postižením, kde tento pokles je dán hlavně tím, že byl překvalifikován a upřesněn pojem lehkého mentálního postižení. Dále u žáků se sluchovým, zrakovým a tělesným postižením je tato skutečnost dána možností integrace a inkluze pro handicapované žáky.

U žáků s vadami řeči, s více vadami, s vývojovými poruchami učení nebo chování, s autismem se tato hypotéza nepotvrdila. Důvodem může být nepřipravenost středních škol integrovat žáky více postižené, u vývojových poruch se jedná hlavně o poruchy chování.

Hypotéza č 3.: Domnívám se, že nejvíce žáků s vývojovými poruchami učení bude individuálně integrováno v běžných třídách.

Tato hypotéza se potvrdila. Nejpočetnější skupinou žáků individuálně integrovaných v běžných školách jsou žáci s vývojovou poruchou učení nebo chování. Z celkového počtu 7 807 žáků se zdravotním postižením individuálně integrovaných je 6 040 žáků s vývojovými poruchami učení nebo chování. Je možné konstatovat, že 79%

žáků s vývojovými poruchami učení nebo chování se vzdělává ve školách hlavního vzdělávacího proudu. Zjištěná skutečnost je dána možností integrace a inkluze žáků, tzn. jejich zařazením do tříd hlavního vzdělávacího proudu. U tohoto typu žáků se zdravotním postižením je integrace a inkluze nejméně náročná.

Hypotéza č. 4: Myslím si, že se nejvíce žáků se zdravotním postižením vzdělává na školách zřizovaných krajem.

Hypotéza se potvrdila. Z celkového počtu 19 160 žáků se zdravotním postižením se 16 279 žáků, tj. 85%, vzdělává na středních školách zřizovaných krajem.

Hypotéza č. 5: Předpokládám, že nejrozšířenější obor vzdělání pro žáky se zdravotním postižením bude obor vzdělání kategorie E.

Tato hypotéza se potvrdila. Ve středních školách v České republice se k datu 30. 9. 2012 vzdělávalo nejvíce žáků se zdravotním postižením v oboru vzdělání 65-51-E/01 Stravovací a ubytovací služby.

Hypotéza č. 6: Domnívám se, že se hodnoty jednotlivých krajských normativů od sebe budou značně lišit.

Tato hypotéza se potvrdila. Je zcela zjevné, že výpočet normativu oboru vzdělání 65-51-E/01 Stravovací a ubytovací služby podle krajů a MŠMT se zejména ve Zlínském kraji vymyká, částka 118 029,- Kč je příliš vysoká. Srovnání normativu ze Zlínského a Jihočeského kraje, výše krajského normativu pro tento obor je 71 135,- Kč, je příliš disproporční.

Hypotéza č. 7: Očekávám, že hodnoty příplatku za postižení, Np a No jednotlivé kraje určují rozdílně.

Tato hypotéza se potvrdila. Nejvyšší příplatek za zdravotní postižení žáka s lehkým mentálním postižením je v Královéhradeckém kraji, Středočeském kraji, Karlovarském kraji a Zlínském kraji 1 – 0,9 násobku příslušné základní částky. Nejnížší hodnota tohoto příplatku je v kraji Jihočeském – 0,3 násobku příslušné základní částky. Největší rozdíly jsou u hodnot Np – teoretické vyučování, Np – odborný výcvik a No – teoretické vyučování. Jednotlivé krajské úřady stanovují velice rozdílně jednotlivé hodnoty příplatku za postižení, Np a No. Téměř žádný kraj nezveřejňuje (pouze dva

kraje zveřejnily způsob výpočtu výše jmenovaných hodnot), jak byly tyto hodnoty vypočteny.

Výzkum dokázal moji osobní domněnku, že pracovníci krajských úřadů většinou nemají odpovídající znalosti a zkušenosti při vytváření krajských normativů pro vzdělávání žáků se zdravotním postižením. Důvodem je relativně malý počet speciálních škol a speciálních tříd v krajích.

Výzkum jednoznačně potvrdil argumenty Koncepčního záměru reformy systému financování regionálního školství. Stávající systém financování prostřednictvím krajských normativů poskytuje krajským úřadům velkou míru rozhodovacích pravomocí bez odpovídající spoluzodpovědnosti za financování. Neumožňuje dostatečné zacílení finančních prostředků přerozdělovaných krajskými úřady do regionálního školství z rozpočtu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky.

Hlavní přínos pro školský management vidím v tom, že tato práce může být využita pracovníky Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, statistické výstupy ministerstva neobsahují analýzu oborů vzdělání kategorie E, dále pracovníky vyšších územně samosprávných celků (krajů) a hlavně řídicími pracovníky všech škol, kde se tyto obory vzdělání vyučují.

Výzkumná část práce by mohla být velice užitečná pro připravovaný návrh reformy financování regionálního školství – oborů vzdělání kategorie E.

Seznam použité literatury a dalších pramenů

HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. Dětský autismus. Praha: Portál. 2004. ISBN 80-7178-813-9.

JANICKI, M. (ed); PRASHER, V. Physical Health of Adults with Intellectual Disabilities. Oxford: Blackwell Publishing, 2002. ISBN 1-4051-0219-5.

JELÍNKOVÁ, M. Autismus VII – Pedagogicko-psychologické hodnocení a výchovně-vzdělávací strategie žáků s autismem. Praha: Modrý klíč, 2004.

LUDVÍKOVÁ, L. Speciální pedagogika. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0873-2.

PEUTESCHMIEDOVÁ, A. Logopedické poradenství. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2666-3.

ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. Praha: Portál, vydání třetí, přepracované 2006. ISBN 80-7367-060-7.

TRAIN, A. Nejčastější poruchy chování. Praha: Portál, 2001. IBSN 80-7178-503-2.

VALENTA, M. Přehled speciální pedagogiky a školská integrace. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0698-5.

VÍTKOVÁ, M. (ed.) Integrativní speciální pedagogika. Brno: Paido, 2004. ISBN 80 7315-071-9.

Právní normy

Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (šolský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 306/1999 sb., o poskytování dotací soukromým školám, předškolním a školským zařízením, ve znění zákona č. 562/2004 Sb.

Nařízení vlády č. 211/2010 Sb., o soustavě oborů vzdělání v základním, středním a vyšším odborném vzdělání.

Nařízení vlády č. 75/2005 Sb., o stanovení rozsahu přímé vyučovací, přímé výchovné, přímé speciálně pedagogické a přímé pedagogicko-psychologické činnosti pedagogických pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 492/2005 Sb., o krajských normativech, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 13/2005 Sb., o středním vzdělávání a vzdělávání v konzervatoři, ve znění pozdějších předpisů.

Krajské normativy.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10), Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.

Národní program rozvoje vzdělávání v České republice, Bílá kniha, MŠMT ČR, Praha 2001. ISBN 80-211-0372-8.

Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014, vládní usnesení č. 253/2010 ze dne 29. března 2010. ISBN 978-80-7440-024-7.

Rámcové vzdělávací programy oborů vzdělávání E.

Směrnice Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy č. j. 28 768/2005-45 ze dne 12. prosince 2005, ve znění směrnice č. j. 27 985/2007-26, č. j. 27 005/2010-26 ze dne 17. ledna 2012 a č. j. MŠMT-14 219/2012-26 ze dne 25. května 2012.

Stanovení normativů neinvestičních výdajů na rok 2012 pro účely poskytování dotací na činnost škol a školských zařízení, které nejsou zřizovány státem, krajem, obcí, svazkem obcí nebo registrovanou církví nebo náboženskou společností, které bylo přiznáno oprávnění k výkonu zvláštního práva zřizovat církevní školy, v roce 2012, č. j. MŠMT-7/2012-26 (Věstník MŠMT, sešit 3, březen 2012).

Strategie boje proti sociálnímu vyloučení na období 2011 – 2015.

Vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách, Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, Praha 2012.

Zahajovací výkazy středních škol k 30. 9. 2012.

Internetové zdroje

<http://www.msm.cz>

<http://www.kr-moravskoslezsky.cz>

<http://www.kr-vysocina.cz>

<http://www.kr-plzensky.cz>

<http://www.kr-kralovehradecky.cz>

<http://www.kr-stredocesky.cz>

<http://www.kr-jihomoravsky.cz>

<http://www.kraj-lbc.cz>

<http://www.pardubickykraj.cz>

<http://www.kr-ustecky.cz>

<http://www.kr-karlovarsky.cz>

<http://www.kr-olomoucky.cz>

<http://www.kr-zlinsky.cz>

<http://www.kraj-jihocesky.cz>

<http://www.praha.eu>